



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA EICOS - PSICOSSOCIOLOGIA DE COMUNIDADE E DE
ECOLOGIA SOCIAL**

Mudanças no ensino médico e suas repercussões na identidade profissional do professor de medicina: um estudo de caso.

Patrícia Estrella Liporace Barcelos

Rio de Janeiro 2011

Patrícia Estrella Liporace Barcelos

Mudanças no ensino médico e suas repercussões na identidade profissional do professor de medicina: um estudo de caso.

Orientadora: Maria Lúcia Rocha-Coutinho

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidade e de Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre

Rio de Janeiro 2011

Patrícia Estrella Liporace Barcelos

Mudanças no ensino médico e suas repercussões na identidade profissional do professor de medicina: um estudo de caso.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidade e de Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre

Aprovada em 24/05/2011

(Prof. Dra. Maria Lúcia Rocha-Coutinho, EICOS/Universidade Federal do Rio de Janeiro)

(Prof. Dra. Adriana Cavalcante Aguiar, IMS/Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

(Prof. Dra. Ruth Machado Barbosa, EICOS/Universidade Federal do Rio de Janeiro)

B618 Barcelos, Patrícia Estrella Liporace.

Mudanças no ensino médico e suas repercussões na identidade profissional do professor de medicina: um estudo de caso / Patrícia Estrella Liporace Barcelos – 2011.
177f.

Dissertação (Mestrado em Psicossociologia)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro, 2011.
Bibliografia: f. 169-174.

1-Educação médica. 2. Profissionais da educação. 3. Aprendizagem baseada em problemas. I. Rocha-Coutinho, Maria Lúcia (orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidade e de Ecologia Social. III. Título.

CDD 610.7

Agradecimentos

Minha busca ao ingressar no mestrado teve um objetivo bastante concreto. Queria entender melhor as mudanças metodológicas que se operam nos cursos de medicina do Brasil à luz de algumas teorias sociológicas e psicossociológicas, que eu já conhecia, e me apóiam na reflexão sobre a atualidade, desde os tempos da graduação. Então retornei à Instituição onde vivi minha graduação, e fui muito bem recebida. Agradeço ao Programa EICOS e especialmente à minha orientadora, professora Maria Lúcia, pela ajuda para que eu pudesse subir mais este degrau e por sua leitura atenta.

Pude contar com o apoio de pessoas de quem já esperava, parceiros de hoje e sempre. Agradeço a minha mãe, e minha irmã Gabi, pela disponibilidade nas horas em que minha condição de mãe-trabalhadora-estudante parecia um projeto ensandecido. Ao meu marido Gustavo, parceirão, agradeço pelo amor, pelo olhar de admiração, que me vê mais do que eu sou. À minha filhota Georgia, por ser linda, carinhosa e alegre, me fazer rir nas horas de cansaço e tensão, e ser uma injeção de energia nos momentos de “farol baixo”. Adorei as tardes em que cada uma de nós sentava lado à lado, com seus livros e estudos. Essas lembranças espero que fiquem em sua memória, como ficarão na minha. Agradeço à querida equipe do NAPP, porto seguro, nessa luta nossa do dia-a-dia. Espero que esta pesquisa traga frutos para nosso trabalho, e mais pesquisas e mais saber.

Mas, numa busca, seja ela de pesquisa ou não, o que se encontra não é somente o que se procura. Neste caminho encontrei pessoas que, sem me conhecerem, me esclareceram sobre seus trabalhos, ou me ajudaram a encontrá-los, como os professores Andre Pereira-Neto e Lúcia Bulcão. Agradeço especialmente a gentileza e carinho da professora Adriana Aguiar, que me mostrou que ser disponível a alguém que busca aprimoramento e saber é característica dos professores com P maiúsculo.

Também reencontrei professores, meus entrevistados, muitos otimistas, outros pessimistas, uns mais e outros menos satisfeitos. Agradeço sua disponibilidade para dividir comigo suas reflexões. Em minha trajetória profissional, desde o início a medicina sempre foi parceira, desde os estágios, a Residência em Saúde Mental, e agora trabalhando com alunos e professores de medicina. Acredito que, ao final de mais uma etapa, consegui realizar o objetivo de me aproximar das mudanças no ensino médico de uma maneira mais esclarecida, que, espero, possa contribuir com os estudos nesta área e com nosso trabalho cotidiano.

Ao pessoal da Univerti, em especial aos meus queridos alunos, pela a oportunidade que estou tendo de começar a construir uma identidade de professora. E especialmente, quero

agradecer a uma grande mulher, que foi uma inesperada fonte de incentivo constante, para quem, me arrisco a dizer, escrevi este trabalho. Por nunca ter me dito um não, talvez querendo tornar menos árido meu caminho, possivelmente como gostaria que tivesse sido o seu. Por seu amor pela educação, mesmo que às vezes cansado, alimentado pelo desejo de que os que estão a sua volta cresçam, pelos momentos em que filosofamos juntas, te agradeço, Nancy, por tudo que nem sei direito dizer. O que sei é que vejo em você alguma coisa da mulher que eu quero ser.

RESUMO

BARCELOS, Patrícia Estrella Liporace. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – EICOS / Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

A profissão médica sofreu diversas transformações ao longo dos anos. O prestígio social e a autoridade do médico se constituíram paralelamente à constituição do Estado Nacional brasileiro, tendo forte influência dos valores e padrões europeus e norte-americanos, que serviram de base para a construção das normas e de práticas aqui implantadas. Mais recentemente, em todo o mundo, o privilégio dado ao investimento tecnológico e à modernização capitalista no setor da saúde desencadeou uma crescente complexidade técnica e organizacional da atuação médica. Críticas atuais, que propõem restrições às condutas médicas, se justificam, na ótica do mercado, pela necessidade de contenção de custos e, na ótica do acesso aos serviços de saúde, pela restrição deste direito para a grande maioria da população. No ensino médico, a influência destas críticas e a busca de novos conhecimentos pedagógicos para modificar as metodologias tradicionais, baseadas em aulas expositivas, fizeram com que algumas escolas modificassem inteiramente seus currículos, influenciando também as escolas brasileiras. Na contemporaneidade, estas transformações no curso médico parecem estar em sintonia com mudanças sociais mais abrangentes, já que os novos modelos de formação refletem mudanças econômicas, sociais e culturais que valorizam conhecimentos práticos e formas mais “fluidas” de interação, o que, na medicina, põe em cheque alguns valores que se instituíram na profissão. No presente trabalho investigamos como as transformações no curso de medicina estão sendo vivenciadas por professores brasileiros. Para isto, realizamos entrevistas com professores de medicina numa instituição de ensino superior particular do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados apontaram para a existência de pontos positivos e negativos neste processo de mudança, para dificuldades em vivenciar especialmente o papel do chamado “tutor” e para a necessidade de reconstruir o ensino médico sem, contudo, desvalorizar o conhecimento biomédico, que deve continuar a sustentá-lo. Podemos dizer que alguns valores, ligados aos aspectos humanísticos da profissão, foram descritos pelos entrevistados como característicos da identidade do médico e, assim, devem continuar a ser ressaltados na formação atual, tendo em vista que eles fazem parte da história da profissão médica no Brasil. Também fazem parte desta história, segundo os entrevistados, a manutenção de valores mais relacionados ao conhecimento biomédico e o convívio de valores “antigos” e “novos” que coexistem, muitas vezes de forma contraditória, configurando os diferentes perfis que compõem a classe médica.

Palavras-chave: Ensino médico; Novas Metodologias; Novos Perfis do Médico.

ABSTRACT

The medical profession has undergone several transformations over the years. The social prestige and authority of the doctor has accompanied the formation of the Brazilian National State and had a strong influence of European and North-American values and standards, which served as the basis of our rules and practices. More recently, the privilege given, throughout the world, to the investment in technology, together with the capitalist modernization of the health sector has triggered an increasingly complex technical and organizational of the medical practice. Current criticism, proposing restrictions to certain medical procedures, might be justified, in an administrative point of view, by the need for cost reduction, and, in terms of a broader access to health services by the fact that this is not provided to the vast majority of the population. Regarding medical schools, the influence of these criticisms, that unchained the pursuit of new pedagogical methods of teaching and some curricula changes, affected Brazilian schools. Nowadays, these transformations in medical school appear to be consistent with broader social changes, since the new models of medical formation reflect economic, social and cultural changes that value pedagogical methods focused on practical knowledge and a more "fluid" interaction between students and professors, something that questions some traditional medical values established for the profession. In this study we investigated how changes in medical school are being experienced by Brazilian medical school professors. For such, we interviewed some professors of medicine from a private Institution located in the State of Rio de Janeiro. Our results pointed out to both the positive and the negative aspects of this changing process. They emphasized the need to define the role of the "tutor" of medicine, differentiating it from the professor of medicine, as well as the need to effect these changes without depreciating the biomedical knowledge that they believe should continue to support it. We can also say that some values, associated with the humanistic aspects of the medical profession, were described as proper of a physician's identity and, as such, should continue to be emphasized in the student's training, since they are part of the history of the profession in Brazil. They also consider as part of the history of medicine, the maintenance of old values, related to biomedical knowledge, and the coexistence of "old" and "new" values, sometimes in a contradictory manner, constituting the different profiles of medical doctors.

Key words: Medical School; New Methodologies; New Profiles of Medical Doctors.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p 10
1. IDENTIDADE, AUTORIDADE E PROFISSÃO: DA MODERNIDADE À ATUALIDADE	
1.1. Identidade: entre o mito e a natureza.....	p21
1.2. Identidade e autoridade.....	p24
1.3 As profissões e as relações entre o conhecimento e autonomia.....	p27
1.4.O trabalho e as mudanças sociais e culturais.....	p33
2. O PRESTÍGIO SOCIAL DO MÉDICO E A IMPORTÂNCIA DO DISCURSO MÉDICO CIENTÍFICO PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA	
2.1. Do rural ao urbano: o discurso do colonizador e o discurso do novo.....	p37
2.2. Os primórdios da prática médico-científica no Brasil e na Europa.....	p40
2.3. O velho e o novo no discurso médico-higienista - conflitos e conciliações.....	p43
2.4.O saber médico e a normatização da família e da sociedade brasileiras.....	p45
3. A IMPORTÂNCIA DO DISCURSO MÉDICO-CIENTÍFICO QUE LEGITIMA A AUTORIDADE MÉDICA: INFLUÊNCIAS EUROPÉIA E NORTE-AMERICANA NA SAÚDE PÚBLICA NO ENSINO MÉDICO E NO DESENVOLVIMENTO DO CAPITALISMO NO BRASIL	
3.1. Século XIX: as escolas médicas, os hospitais, a ciência e suas relações com o Estado em formação	p50
3.2. A Medicina dos ricos e a medicina dos pobres.....	p53
3.3. A Fundação Rockefeller e da Reforma Flexner e as mudanças na saúde e no ensino médico brasileiros.....	p57
3.4. O mercado médico, a globalização e as novas propostas para a saúde.....	p64

**4. IDENTIDADE E AUTONOMIA DO MÉDICO E DO PROFESSOR DE MEDICINA
HOJE: MUDANÇAS NO ENSINO MÉDICO E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS
ALMEJADAS**

4.1.A profissão médica e novas propostas no ensino.....p67
4.2.Novas metodologias propostas para o ensino médico.....p71

5. ESTUDO DE CAMPO

5.1. Análise dos resultados.....p84
5.1.1. Identidade do médico.....p87
5.1.2.Identidade do professor medicina.....p112
5.1.3.O PBL vivenciado por professores de medicina na prática.....p139

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....p160

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....p166

8. ANEXOS.....p172

INTRODUÇÃO

Quem é o professor de medicina hoje? Alguns poderiam responder esta pergunta dizendo que o professor de medicina é um médico especialista, que atua em hospital universitário e fez concurso para se tornar professor ou que se torna professor numa universidade particular a convite de algum colega que já atua na universidade, devido ao reconhecimento de seu trabalho clínico, sendo sua atividade de professor complementar à de médico. Outros podem dizer que ele é um pesquisador, de uma área “básica”, “clínica”, ou de “saúde coletiva”, dedicando-se a uma carreira acadêmica. Outros ainda podem dizer que ele não necessariamente precisa ser médico, mas deve atuar na área da saúde. Finalmente, nos dias atuais, alguns podem responder que ele não é mais chamado de professor, mas sim de tutor, ou de instrutor.

Responder a esta simples pergunta não é algo fácil nos dias atuais, como podemos perceber. Ela pode ter múltiplas respostas. As inúmeras possibilidades de ser professor de medicina na atualidade parecem estar de acordo com transformações sociais mais amplas que afetam as relações interpessoais, inclusive no trabalho. Os professores de medicina não são mais necessariamente profissionais com características comuns, tarefas conhecidas, papéis mais ou menos circunscritos, delimitadores de uma identidade profissional coesa, distinta. No entanto, precisamos indagar se algum dia a identidade do professor de medicina, ou do médico, foi algo realmente delimitado, definido. Para Sayd (2006), o grupo de médicos manteve algumas características profissionais ao longo da história, embora estas tenham sido mais claramente demarcadas do final do século XIX até os anos de 1960, sendo outorgado a este grupo o monopólio e a autonomia profissional garantidos pelo diploma universitário, documento que comprova a posse de um saber determinado. E será que podemos falar numa identidade profissional que seja específica do professor de medicina ou ela sempre está vinculada à identidade do médico? O saber médico especializado, relativo à área de atuação de cada especialista, e uma titulação relacionada a esta área de atuação, parecem ter sido até os dias atuais as únicas exigências para o exercício da função de professor, sem necessidade de preparação prévia, específica, para a carreira docente, que fica, portanto, “à mercê de qualidades e tendências de cada professor” (BULCÃO & SAYD, 2003, p. 16). Certamente o médico e o professor de medicina são profissionais que, mesmo no Brasil, apesar da precariedade e da falta de investimentos nos serviços de saúde pública, continuam gozando de prestígio e reconhecimento social, e a medicina continua a ser considerada uma profissão “nobre”, haja vista a enorme procura por vagas nos cursos de medicina em nosso país.

Segundo Hall (2006), mudanças estruturais que ocorreram nas sociedades modernas a partir do final do século XX fragmentaram as identidades culturais, trazendo transformações no que se entendia por identidade e por sujeito. A concepção deste autor aproxima-se das idéias de Bauman (1999, 2001, 2005) e Sennett (2001, 2005) acerca da importância da globalização e das mudanças desencadeadas pelas formas mais flexíveis assumidas pelo capitalismo atual em diversas esferas da vida pessoal e social nos dias de hoje, como na área do trabalho e das relações pessoais e familiares. Para Bauman (2001), como as “grandes narrativas” ou “supremas repartições”, nas quais nos apoiávamos para viver, foram substituídas por “muitas repartições competindo pela supremacia”, o mundo se tornou múltiplo, cheio de possibilidades a explorar, ou já perdidas, que não estão disponíveis de forma igualitária a todos os habitantes do mundo globalizado. Em decorrência disso, como aponta Sennett (2005), os profissionais das mais diversas áreas, atualmente, devem estar preparados para mudanças, sendo necessárias, assim, posturas mais flexíveis em relação à disponibilidade de tempo para o trabalho e para a realização concomitante de múltiplas funções, bem como a maior disponibilidade para o risco e para o trabalho em equipe.

Como estas exigências não se apresentavam do mesmo modo em momentos históricos anteriores, podemos afirmar que elas delimitam padrões de comportamento que são determinados historicamente, e estas características, assim, seriam marcas do nosso tempo. Neste contexto, ainda segundo Sennett (2001), também se modificaram as relações de poder e as formas de controle e exercício da autoridade. As características do “novo profissional,” apesar de não serem mais tão rígidas e imutáveis, continuam a ser determinadas pelo modo como a sociedade se estrutura. A forma de identificação e de diferenciação das profissões se modificou de acordo com estas reestruturações da sociedade como um todo.

A educação superior sofreu transformações que também acompanharam as mudanças sociais e traduzem novos entendimentos sobre a formação profissional. De acordo com Sobrinho (2004), pressões contraditórias decorrentes de visões distintas acerca da educação e do funcionamento da sociedade, de modo geral, que coexistem na atualidade, atingem a educação superior, como reflexo de uma diminuição do controle antes exercido pelo Estado e de uma aproximação entre a economia e o mercado. Na formação profissional, fatores como a busca da máxima proficiência, da produtividade, da excelência e a compulsão pelo conhecimento de pronta aplicação ameaçam a função histórica da universidade de ser crítica em relação à sociedade. Contudo, há uma aparente convivência entre concepções e teorias distintas que legitimam a permanência de funções e interesses supostamente contraditórios na universidade hoje. Para Sobrinho (2004), o espírito de reflexão e a liberdade intelectual, a

perspectiva de longo prazo e o distanciamento crítico, bem como a formação de um sentido social, são difíceis de conciliar com as novas necessidades práticas e as urgências da vida cotidiana.

Em relação ao conhecimento científico, podemos dizer que as promessas modernas de progresso advindas com o desenvolvimento científico se, por um lado, se concretizaram em novas tecnologias e inovações que trazem a possibilidade de curar determinadas enfermidades, por outro, não trouxeram o acesso a estes produtos do conhecimento para todos os indivíduos, o que não é adequadamente problematizado pela própria universidade. Na verdade, as mudanças no ensino superior relacionam-se ao momento histórico em que vivemos, em que a globalização invade todos os cantos do mundo, e seus efeitos não atingem mais apenas os modos de produção, mas também a socialização e/ ou a distribuição e uso dos conhecimentos. No ensino superior, como assinala Sobrinho (2004), esta questão se reflete, por exemplo, na imposição de programas e tipos de pesquisa definidos nos centros do poder mundial.

Pode-se afirmar, contudo, que a produção de conhecimento científico, mesmo antes do atual momento do capitalismo, já se vinculava aos interesses dos grupos socialmente dominantes. Para Santos (1999), a autonomia da ciência e o desinteresse do conhecimento científico, que durante muito tempo constituíram a “ideologia espontânea dos cientistas”, entraram em colapso devido à industrialização da ciência a partir das décadas de 1930 e 1940. Segundo o autor, a ciência moderna e a tecnologia, em momentos importantes da história, estiveram a serviço de interesses militares e econômicos.

O que Sobrinho (2004) e Santos (1999,2004) apontam é que foi o processo de transição econômica que globalizou as relações de mercado, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, relacionado intimamente com a expansão econômica norte-americana e a difusão de seus padrões culturais por vários países, que sedimentou a necessidade de que o ensino superior privilegie a aplicabilidade do conhecimento produzido de forma mecanicista. O neoliberalismo e suas práticas levaram as universidades a abandonar, ao menos em parte, sua tradicional vocação de construção do conhecimento e de formação visando um bem comum, de utilidade pública, seja nas instituições de educação superior criadas e mantidas pelo Estado ou pela iniciativa privada. Para Sobrinho (2004), num mundo em transformação e em crise de valores, a universidade passa a adotar o mercado e não a sociedade como referência central. No ensino superior, portanto, refletem-se características da atualidade, que relacionam aspectos econômicos, sociais e culturais.

No Brasil, a influência estrangeira sempre foi marcante, desde o início da formação de

nossa identidade cultural, tanto na economia quanto na política, dimensões que se constroem mutuamente. Na saúde e em seu ensino, esta influência é particularmente clara em determinados momentos históricos. De acordo com alguns estudos sobre a história da medicina (COSTA, 1979; PEREIRA-NETO, 1995, 2000; LUZ, 2000) e das profissões de saúde e, em especial, sobre a prática que advém do conhecimento médico científico, a construção de seu estatuto é concomitante à formação dos Estados Modernos, iniciada no século XVIII e, assim, o contexto econômico e político são particularmente determinantes para sua formação, atendendo a uma demanda social que foi construída juntamente com seu “remédio”.

Uma medicina mais vinculada ao Estado e uma mais liberal, ambas apoiadas no conhecimento biomédico, emergem no Brasil no século XIX, promovendo a urbanização e o progresso de acordo com os modernos padrões estrangeiros. Os profissionais de saúde passam a buscar legitimidade, destituindo do lugar de poder os antigos curadores (as figuras religiosas e as práticas populares que inicialmente ocupavam-se do cuidado dos indivíduos), passando a ter uma função direta ou indiretamente educativa, regrido e normatizando a vida das famílias e das populações. Para Foucault (1979), a medicina, assim, tornou-se um importante instrumento do Estado para transformar seus habitantes em cidadãos. Alguns médicos passaram a ter seu trabalho diretamente vinculado a este projeto normativo, o que inaugurou uma nova forma de “ser médico”.

Paralelamente, um “mercado de saúde” começou a se desenvolver, a partir das práticas médicas clínicas já existentes, trazendo as inovações da ciência para o consumo das elites. Já no século XX, os padrões da saúde e da escola médica norte-americanos decorrentes da Reforma Flexner, chegaram ao Brasil, promovendo aqui uma reforma que sedimentou a construção de uma identidade profissional para o médico vinculada à especialização, que reforçou a legitimação da autoridade médica com base no discurso e no saber da ciência. A medicina, desta forma, buscou desvincular-se de características que anteriormente a identificavam com uma prática, para tornar-se uma profissão vinculada à ciência, o que gerava conflitos com o que alguns médicos julgavam ser a “verdadeira” prática da medicina.

De acordo com Pereira-Neto (2000), conflitos entre as três “figuras” representativas das identidades da profissão nesta época, o generalista, o higienista e o especialista, parecem não ter se dissipado, tendo elementos semelhantes nas disputas atuais. No entanto, a supremacia em relação a outras profissões na área de saúde e a legitimidade conquistada pelos médicos como representantes do saber científico, são produzidas, apesar destes conflitos. Os professores de medicina, primeiramente nas Escolas e, posteriormente, nas Universidades que

foram criadas, tornaram-se autoridades cada vez mais reconhecidas ao se vincular aos saberes hegemônicos e à pesquisa, financiada, muitas vezes, por fundações internacionais que determinavam os moldes a serem seguidos.

Portanto, a internacionalização das relações econômicas e a transmissão de valores culturais estrangeiros afetaram a produção do conhecimento também no Brasil e influenciaram a construção de modelos profissionais a serem seguidos. Contudo, podemos nos perguntar se hoje as novas transformações que fragmentaram as identidades culturais permitem que identidades profissionais continuem a se desenvolver através do reconhecimento de características comuns, de narrativas sobre a profissão que dêem ao profissional o sentimento de pertencimento a uma classe. Assim, algumas perguntas aqui se levantam: O que são permanências na identidade do médico e do professor de medicina? Como estes profissionais percebem sua identidade, já que hoje ela se apresenta de forma tão múltipla? A busca desta identidade profissional continua presente na atualidade?

No momento atual, o ensino da saúde vem sofrendo novas reformas no mundo todo. No Brasil, de acordo com Feuerwerker (2002), as novas propostas curriculares são influenciadas por avaliações produzidas sobre o ensino médico brasileiro que tiveram como ponto de referência os novos conhecimentos e reformulações produzidos em escolas estrangeiras¹ que questionaram o modelo vigente. Contudo, estas propostas foram também influenciadas por movimentos da sociedade civil e de trabalhadores da área da saúde que, ao criticar as más condições das instituições públicas de saúde e de atendimento por parte dos profissionais, exigiram mudanças².

As mudanças no ensino médico são, em parte, reflexo do que se preconiza para o ensino superior, de maneira geral, e, em parte, relacionam-se a políticas públicas associadas aos novos conhecimentos produzidos na área de saúde, que ganham força política, a princípio, em tensão com o mercado de saúde e com o ensino que busca a formação de especialistas. Seja em seu aspecto mais geral ou específico, estas mudanças estão inseridas em um panorama cultural, econômico e político e, portanto, devem ser avaliadas dentro do contexto em que são

¹ A Universidade de Mc Master, no Canadá, desenvolveu um modelo para o curso de medicina denominado PBL (Problem based Learning, traduzido em português por Aprendizagem baseada em problemas), que foi disseminado para várias outras escolas, sendo especialmente importante a experiência da Universidade de Maastricht, na Holanda. Nos anos de 1990, através da rede Network, do Programa Uni e do Projeto de avaliação do ensino médico pela CINAEM, várias escolas brasileiras começaram a modificar seus currículos adotando o PBL ou tendo as experiências estrangeiras como referência, destacando-se a Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). O modelo PBL e algumas repercussões de sua adoção serão apresentados no capítulo 4.

² A implementação do SUS através da Constituição de 1988 e a Lei orgânica da Saúde são exemplos das mudanças no contexto da saúde que, a partir dos anos de 1980, influenciam a reforma no ensino.

promovidas para que se perceba que mecanismos atuam em suas proposição e efetivação, bem como em suas práticas cotidianas, sendo importante refletir sobre as forças a que se vinculam os discursos a favor e contra tais mudanças.

Desta forma, as novas concepções, teorias e metodologias de ensino, trazidas para o contexto brasileiro, devem ser vistas como parte tanto de um processo histórico de construção da sociedade e da formação da cultura e identidade brasileiras, como também de um contexto mais amplo de mudanças desencadeadas pelo processo de globalização, que afetaram o ensino superior e o campo da saúde. Neste processo, de acordo com Aguiar (2000) , os professores de medicina são “profissionais-chave” para que se possa refletir sobre práticas e sentidos mais coerentes, críticos e duradouros para os novos projetos a serem construídos e vividos no cotidiano dos atores envolvidos.

O curso de medicina tem sido investigado em pesquisas sobre a educação superior e sobre a saúde, motivando uma grande produção de dissertações, teses e artigos sobre o ensino da medicina na graduação. Alguns estudos têm sido feitos no sentido de questionar os motivos da pouca efetividade das mudanças no ensino médico, apontando as dificuldades vivenciadas e a percepção de professores e alunos sobre o processo, chamando a atenção para a importância da participação real dos atores envolvidos na construção e implementação de novos modelos (FEUERWERKER, 2002; AGUIAR, 2000; NETO, 2006; BRAINNARD, & BRISLEN, 2007; CHISTIANSO e Colaboradores, 2007). É nesta perspectiva que se insere o presente estudo, que busca compreender como o processo de mudança no ensino da medicina nos cursos de graduação está sendo vivenciado por seus professores.

Esta proposta de estudo emerge de nossa vivência no curso de medicina de um Centro Universitário, instituição em que um novo modelo de ensino foi implementado em 2005 e está ligada a uma posição privilegiada de escuta por parte da pesquisadora, que atua como profissional de psicologia na instituição. É, portanto, do lugar de co-participante do cotidiano em que a nova estrutura está sendo construída que esta pesquisadora pretende investigar a docência no ensino superior do curso de medicina, a partir das mudanças ocorridas.

O campo de análise foi o curso de medicina, tradicionalmente procurado pela elite brasileira, e que permite uma observação privilegiada dos contrastes entre o novo e o tradicional. Buscamos apoio em estudos históricos para refletir sobre esta nova reforma no ensino médico, comparando-a com reformas anteriores, especialmente no que diz respeito ao modelo que hoje é criticado e que se tenta superar.

A autoridade profissional legitimada pelo conhecimento formalmente adquirido na universidade é um dos aspectos questionados pelo novo modelo, que propõe uma estrutura

menos hierarquizada que dê mais voz e legitimidade ao paciente, o que se traduz por um ensino em que o aluno deve ser o centro do processo de aprendizagem. Fala-se da necessidade de se desenvolver novas posturas por parte dos professores, preconizando-se que, nestas novas concepções de ensino, estes “acompanhem” o aluno no processo de aprendizagem e não mais “transmitam” conhecimentos. Contudo, é preciso que os professores se posicionem diante dos alunos que hoje buscam a universidade com novas atitudes diante do trabalho e da busca do conhecimento, bem como com expectativas e visões acerca da medicina, o que se vai se refletir em sua formação profissional. Assim, as relações cotidianas vão produzir novos sentidos nos discursos sobre a medicina e o ensino médico a partir do conflito ou da reprodução de antigas idéias com novas roupagens.

Devido à escassez de estudos empíricos que se preocupem com as experiências dos professores, segundo Aguiar (2000), tentaremos aqui, trazer alguma contribuição para as reflexões sobre como as propostas governamentais chegam aos contextos particulares, buscando entender como os profissionais constroem seu cotidiano, quais são os limites e possibilidades de suas intervenções entre os pares, com seus alunos, bem como que reconstruções se operam neles próprios. O questionamento que norteou esta pesquisa foi: Como as transformações no curso de medicina estão sendo vivenciadas pelos professores? No curso de medicina estas mudanças representam uma tentativa de transpor para o currículo mudanças preconizadas pelo SUS para a área da saúde, apoiadas na idéia de que é a partir do ensino que o profissional poderá mudar, provocando, então, mudanças no sistema. Contudo, os cursos de medicina aglutinam professores que atuam como médicos em clínica particular, no serviço público, como especialistas, pesquisadores, que não são médicos, ou seja, profissionais que atuam em áreas diferentes, apoiados em bases de conhecimento distintas. Mesmo considerando apenas o grupo de especialistas, estes também podem demonstrar formas diferentes de entender a prática médica. Então, sendo convocados a participar da construção dos processos de mudança, estes profissionais têm formas diferentes de lidar com elas. E, na busca por uma unicidade, discordâncias e conflitos podem ser abafados, postergados, não produzindo práticas realmente coerentes com os novos sentidos propostos.

Nossos pressupostos apontam para o fato de que a identidade do profissional de medicina relaciona-se a uma tradição que se vincula a “ideais humanísticos”, à “arte de curar”, ligados a uma atuação profissional mais liberal, mas que, a partir da modernidade, passou a concorrer com os “ideais da ciência”, construindo um modelo biomédico que preconiza mais rigor e especificidade em sua prática. Esta prática, a partir do vínculo com o modo de produção capitalista, se aproxima das novas tecnologias e das novas normas de

mercado que buscam uma atuação cada vez mais específica e curativa, atualmente localizada especialmente nos consultórios e no hospital. Os ideais em torno da prática médica também são confrontados com propostas de uma medicina mais vinculada ao Estado, que ganha força como discurso científico e que busca normatizar a vida dos cidadãos e produzir ações que atendam ao coletivo e não apenas ao indivíduo. Além disso, acrescenta-se à prática destes médicos ações voltadas para a prevenção, atualmente localizadas também nos postos de saúde, ambulatorios e outros serviços que fazem parte da rede pública. Concepções diferentes sobre o que é ser médico e ser professor, vinculados aos diferentes perfis têm convivido, ao longo dos últimos anos, apesar do predomínio da especialização e da hegemonia e valorização de uma estrutura de mercado de produtos e serviços no exercício da medicina que vem predominando, especialmente a partir do século XX, mas que vem sendo questionada por diferentes grupos na atualidade. Do mesmo modo, o paradigma que constitui o modelo biomédico hoje é problematizado por determinadas correntes de pensamento que consideram que a atuação do médico deve conduzir-se a partir de um modelo biopsicossocial, isto é, que tome as causas biológicas como as mais importantes na explicação dos fenômenos humanos. A implementação de novas reformas visa uma modificação do quadro hegemônico da prática, buscando agregar novas reflexões ao ensino do saber médico, em que se ressalta os antigos ideais humanísticos da medicina, e se almeja adequar a formação médica ao que é entendido como necessidade da saúde na atualidade.

Esta pesquisa busca, portanto, contribuir para uma maior reflexão sobre o modo como, no momento atual, a oferta de cursos nas instituições de ensino superior, em especial o curso de medicina, vem acompanhando as mudanças sociais, buscando, ao mesmo tempo, promover a formação de sujeitos e profissionais mais adequados aos “novos tempos”. Isto pode ser percebido como adequar a formação promovida na instituição aos padrões de mercado atuais, e atender as diretrizes governamentais que atualmente promovem um novo perfil profissional, que deve ser preparado para atuar nos novos programas de saúde pública. Tal movimento pode também significar “jogar fora” o que se faz e o que se sabe para incorporar o novo, ou mesmo misturar novas e antigas idéias, ainda que elas sejam diametralmente opostas.

Na fase exploratória da pesquisa foi realizada uma busca de literatura que incluiu artigos dissertações e teses, visando à construção de um panorama histórico sobre a formação da identidade médica, contrastando os diferentes perfis profissionais que ao longo do tempo foram surgindo no cenário mundial e posteriormente no Brasil. Neste panorama não tivemos a intenção de abranger toda a história da medicina no Brasil, mas buscamos apresentar, em ordem cronológica, alguns momentos que caracterizam as diferentes nuances desta

identidade, pontuando os valores e características sistematizados no ensino médico, especialmente no contexto brasileiro. Este panorama histórico foi apresentado nos capítulos 1 e 2. O capítulo 3 incluiu uma discussão mais específica sobre o estatuto atual da profissionalização na medicina e as mudanças atuais no ensino médico, especialmente no que diz respeito a adoção da metodologia PBL e às primeiras avaliações do processo de mudança. Foi realizado um levantamento de literatura brasileira e estrangeira, em livros, artigos, dissertações e teses sobre história da medicina, sobre o ensino médico, sobre a metodologia PBL e sobre as mudanças metodológicas adotadas em cursos da medicina. Os autores pesquisados têm relevância na área médica, na sociologia e psicossociologia, os artigos são atuais, publicados em revistas respeitadas no meio acadêmico- utilizando-se as bases LILACS(Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO(Scientific Electronic Library Online) e o Portal CAPES- e as teses e dissertações estavam disponibilizadas parte no site da ABEM e parte na biblioteca da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Assim, no primeiro capítulo da dissertação, partimos de uma revisão do conceito de identidade, a fim de refletir sobre o modo como, na modernidade, o exercício profissional se formaliza. Buscamos um viés teórico da sociologia, de autores que trabalham com os conceitos de identidade cultural, autoridade e profissão e sua importância para o projeto moderno, a fim de melhor compreender o estatuto atual destas discussões. Foram trabalhadas especialmente as idéias de Bauman (1999,2001,2005), Giddens (2002) e Hall (2006) sobre identidade, em seus aspectos de pertencimento a grupos ou categorias reconhecidas culturalmente, em que se pode incluir as profissões e seu aspecto individual de auto-identidade. Com base em Freidson (1995, citado por Pereira Neto, 2000) pretendemos analisar a profissão médica entendendo que esta profissão é exemplar pois se formaliza a partir da institucionalização do ensino superior, apoiada no conhecimento científico que lhe garante uma autoridade cognitiva e por meios políticos, culturais e ideológicos que a normatizam. Contudo, funções contraditórias têm sido atribuídas à formação oferecida na universidade ao longo dos anos, o que inclui os cursos que promovem a formação em medicina. Podemos afirmar que hoje o estreitamento da relação entre o mercado e a universidade traz conseqüências para as novas identidades profissionais, inclusive para os profissionais médicos.

A fim de melhor entendermos as origens do prestígio social e da autoridade de que se revestem os profissionais médicos na cultura brasileira, examinamos, no segundo capítulo, o contexto e os discursos que envolveram a construção da identidade do médico no país,

ressaltando-se as principais denominações que compuseram esta identidade ao longo do tempo, como a de cirurgiões-barbeiros, físicos, generalistas, higienistas e especialistas, bem como a que saberes, características pessoais e profissionais estas nomeclaturas se vinculavam, e de que forma se modificaram. Buscamos entender como a formação médica se constituiu diante de tal contexto, ressaltando a importância destes personagens, principalmente a do médico-higienista, na constituição da identidade cultural do brasileiro, considerando-se aqui as novas formas de poder e de exercício da autoridade que se constituíram e enraizaram no país. Ressaltamos o caráter imitativo, presente no início da urbanização no Brasil, de convívio entre tendências novas e antigas, entre princípios muitas vezes incompatíveis, o que começa a ser marcante na fundação de nossa sociedade e instituições, e guarda semelhanças com o momento atual.

No terceiro capítulo, apontamos alguns marcos referenciais importantes da história recente, que evidenciam a relação do contexto político-econômico com o conhecimento científico, em especial o conhecimento médico. Buscamos especialmente analisar a influência do modelo germânico de base experimental nas instituições de ensino, que passa a ser hegemônico nos EUA, e que chega ao Brasil lentamente, determinando, a princípio, mudanças mais ideológicas do que práticas. De forma semelhante ao que ocorre no momento atual, o modelo conhecido como Flexneriano foi construído a partir de adaptações e alterações do modelo germânico para o contexto norte-americano e refeitas no contexto brasileiro. Partilhamos da premissa de Kemp e Edler (2004), de que os modelos médico-educacionais são idealizações reinterpretadas em cada contexto em que são utilizados, expressando arranjos políticos que o originaram e que se incorporam a eles a partir de sua expansão.

No quarto capítulo abordamos, mais diretamente, algumas discussões atuais sobre os rumos da profissão médica, do ensino médico e a busca de novos conhecimentos pedagógicos para constituírem esta formação. Focamos, em especial, alguns aspectos da profissionalização da medicina e a divergência sobre a modificação de sua autonomia e supremacia, segundo autores que apontam para um processo de desprofissionalização, a partir dos anos de 1970, e de autores que defendem que as mudanças não foram suficientes para que a medicina deixasse de ser considerada como uma profissão autônoma. Para ilustrar as propostas destas reformas, citaremos artigos e teses na área sobre o ensino médico no Brasil e no mundo, modificando as metodologias tradicionais de aulas expositivas, alterando currículos, ou promovendo, a partir de algumas disciplinas no ciclo básico do currículo, novas formas de pensar as relações professor-aluno, ensino-serviço e ensino-trabalho, que devem refletir mudanças na relação médico-paciente.

No quinto capítulo descrevemos o estudo de campo desenvolvido, realizado numa instituição de ensino superior, com os professores do curso de medicina. Nossa investigação pretendeu observar mais especificamente se e como as transformações ocorridas nos cursos de medicina, em especial no campo investigado, alteraram a identidade do professor, e como estas mudanças foram e estão sendo vivenciadas. Além disto, objetivamos entender como os professores de medicina estão percebendo o momento atual do ensino médico e as novas propostas de formação. Para tanto, fizemos uso de entrevistas semi-estruturadas com alguns professores de medicina que atuam nestes cursos e buscamos a partir de uma análise de discursos, melhor entender de que forma essas alterações implementadas de autoridade vêm afetando esses professores. Neste capítulo analisamos, a partir de categorias por nós construídas, os textos resultantes das transcrições das entrevistas com recortes de discursos escolhidos por serem significativos e exemplares dos aspectos levantados.

Finalmente foram tecidas considerações finais buscando relacionar as fases exploratória e de estudo de campo, que compõem esta pesquisa.

1.IDENTIDADE, AUTORIDADE E PROFISSÃO: DA MODERNIDADE À ATUALIDADE

1.1. Identidade: entre o mito e a natureza, o que permanece?

A busca de uma identidade, seja ela social, nacional, profissional, religiosa ou sexual, torna-se algo importante para grupos e indivíduos, especialmente a partir da modernidade. Segundo Bauman (2005), com o surgimento do Estado Moderno, a construção de uma identidade nacional tornou-se um objetivo importante a ser alcançado. Era preciso que todas as pessoas que viviam em um determinado território se sentissem parte integrante dele, visto que era necessária a obediência dos indivíduos para concretizar a continuidade, coesão e unidade desse novo Estado Nacional. Nesta construção, elementos como modos de vida locais, tradições e dialetos foram agregados, separados, selecionados, redefinidos. “Pertencer por nascimento” foi algo naturalizado, como se significasse automaticamente pertencer a uma nação. Esta convenção foi arduamente construída, uma vez que, como aponta Bauman (2005), “a aparência de naturalidade era tudo, menos ‘natural’... assim também a credibilidade do pertencimento declarado, só podia ser um produto final de antigas batalhas postergadas. Sua perpetuação não podia ser garantida a não ser por meio de batalhas ainda por vir” (BAUMAN,2005, p.29). Estas “costuras” territoriais e culturais, em muitos casos, foram completamente forçadas, perpetuando conflitos locais existentes e criando novos conflitos pela necessidade de uniformização. Portanto, na concepção deste autor, as identidades não são evidentes, mas, antes, são ficções, ainda que vivenciadas como fatos, como algo natural, como uma “realidade (recriada) à semelhança da idéia” (BAUMAN, 2005, p.26).

Do mesmo modo que a identidade nacional, toda identidade é uma construção, é a busca de uma essência, que, de fato, não existe, de características comuns ou definidoras, de permanências. Segundo Castells (2002), a identidade é construída com base em um atributo ou conjunto de atributos culturais que têm um significado, uma finalidade para os atores sociais, e envolve um processo de auto-construção e individuação. Assim, podemos pensar que uma identidade “individual” também é uma ficção sobre características que podem ser decorrentes da biologia, de funções atribuídas pelo grupo de pertencimento, de experiências vivenciadas, ainda que contraditórias, sendo expressões particulares destas identidades culturais. Portanto, um indivíduo ou coletivo podem constituir-se de múltiplas identidades, o que causa “tensão e contradição tanto na auto-representação quanto na ação

social”(CASTELLS, 2002, p.22).

O termo “auto-identidade” é utilizado por Giddens(2002) para definir uma identidade “individual” construída durante um “ciclo de vida”. De acordo com este autor, a formação de uma auto-identidade pressupõe a idéia de trajetória, que se realiza em um determinado período de tempo. Em contextos pré-modernos, as relações sociais articulavam-se de forma local e a tradição ajudava a organizar o tempo, criando uma sensação de firmeza e segurança. Para Giddens (2002), na modernidade, as identidades produzidas parecem desvincular-se das vivências locais, pessoais ou difusas, tendo uma validade que independe dos praticantes, constituindo-se de instituições e modos de comportamento organizados e especializados. Mas, para o autor, a auto-identidade deve ser sustentada por uma atividade reflexiva e não por um acúmulo de continuidades, por uma pluralidade de traços, devendo se referir, portanto, ao “eu compreendido reflexivamente pela pessoa em termos de sua biografia... a capacidade de manter em andamento uma narrativa particular... essa continuidade reflexivamente interpretada pelo agente”(GIDDENS, 2002, p.54-56).

Vivemos novamente um momento de transformações e de redefinição do que antes se acreditava constituir uma identidade. O enfraquecimento das grandes narrativas, das ficções que nos definiam, e o esmorecimento das redes institucionais que davam ao indivíduo uma identidade, relacionadas às novas regras de produção capitalista e de livre mercado, desregulamentaram e tornaram mais provisórios e flexíveis os papéis profissionais, trazendo incertezas quanto à construção e manutenção de vínculos. Desta forma,

Tornamo-nos conscientes de que o pertencimento e a identidade não tem a solidez de uma rocha, não são garantidos para toda a vida, são bastante negociáveis e revogáveis, e de que as decisões que o próprio indivíduo toma, os caminhos que percorre, a maneira como age- e a determinação de se manter firme a tudo isso- são fatores cruciais tanto para o ‘pertencimento’ quanto para a ‘identidade’ (BAUMAN, 2005, p.17).

Portanto, hoje, os sujeitos não mais se apóiam da mesma forma nos discursos que antes os identificavam e há uma adoção de posições múltiplas de identificação, de múltiplos processos de transculturação e hibridismo que alimentam a globalização, entendida em seu sentido amplo, o que inclui a produção de conhecimento, bem como as relações pessoais e profissionais. Para Bauman (1999,2001,2005), assim como para Hall(2006), a globalização³

³ Alguns autores, como Ortiz(1988),fazem uma diferenciação entre globalização e mundialização, referindo-se ao primeiro termo como uma expansão da internacionalização das relações comerciais, e ao segundo termo como

se refere a processos atuantes numa escala global, sejam eles econômicos ou culturais, que atravessam fronteiras anteriormente demarcadas, integrando e conectando comunidades, organizações e pessoas em novas combinações de espaço-tempo, mas também separando, produzindo novas estratificações, já que muitos não possuem esta “liberdade de movimentos, distribuída de forma desigual Este fenômeno promove a desintegração das identidades nacionais, constituindo padrões, costumes de uma “sociedade global”, tendo, contudo, como conseqüências o reforço das identidades locais como forma de resistência e o surgimento de novas identidades, híbridas, como aponta Hall (2006). As identidades parecem desvincular-se de lugares, tempos, tradições, parecendo possível “flutuar livremente” por entre as escolhas. Isto , segundo o autor, provoca uma crise de identidade que “está deslocando as estruturas e processos centrais das sociedades modernas, abalando os quadros de referência que davam aos indivíduos uma ancoragem estável no mundo social” (HALL,2006, p.7). Neste processo, padrões de consumo, que estabelecem desde o que se deve comer e vestir, até o que é ter saúde e educação, passam a não ser mais associados a um país ou grupo, mas a esta “sociedade global”.

Atualmente, na era da “modernidade líquida”, a que se refere Bauman (2001), não nos preocupamos em conquistar territórios, mas em destruir as muralhas para possibilitar o fluxo dos novos poderes, configurações e padrões globais. O projeto moderno incluía “derreter” as tradições, as obrigações “irrelevantes”, que limitavam a liberdade individual para descobrir ou criar “sólidos” mais duradouros, racionais, ordenados. Os indivíduos precisavam usar sua liberdade para acomodar-se e adaptar-se às regras e modos de conduta mais apropriados ao novo lugar que lhes era oferecido, não devendo “sair da linha” ou se “desviar da norma”. Hoje, o “derretimento dos sólidos”, segundo o autor, refere-se não mais a este nível macro mas às micro-relações, e não mais se oferece “lugares” para “reacomodação”, pois os lugares mostram-se frágeis, não são evidentes, e há uma pluralidade deles, que se chocam e se contradizem. Nossa versão de modernidade, segundo o autor, é mais individualizada e privatizada, atingindo as “políticas da vida” com “a velocidade atordoante da circulação, da reciclagem, do envelhecimento, do entulho, e da substituição, que traz lucro hoje - não a durabilidade e confiabilidade do produto” (BAUMAN, 2001, p.21). Desta forma, a identidade transforma-se de algo dado em uma tarefa, levando os sujeitos a uma busca que almeja tornar mais lento o fluxo, mas que possibilita uma liberdade ao menos aparente, de fazer e desfazer identidades “à vontade” (BAUMAN, 2001, p.98), com autonomia para

algo da ordem da cultura. Optamos, neste estudo, por usar o termo globalização unificando estes dois conceitos, como fazem Bauman(1999,2001) e Hall(2006).

alcançar sua emancipação.

Ainda de acordo com Bauman (2001), a comparação entre as características que antes definiam identidades se dá não mais entre grupos de referência, mas com a “elite global”, com valores supostamente “globais”. E esta elite não mais se preocupa com o gerenciamento, com “cruzadas culturais” civilizatórias, agindo mais de acordo com o estilo “senhores ausentes”, pois assim o território conquistado pode ser abandonado facilmente (BAUMAN,2001,pp.20-21).

1.2. Identidade e autoridade

As relações de alteridade, no momento atual, começam a obedecer uma outra lógica, diferente daquela dos projetos colonizadores, do projeto moderno, com seus ideais de igualdade, fraternidade e liberdade, sendo estes ressignificados de acordo com os novos tipos de vínculo que começam a surgir. Os vínculos com as figuras de poder, traduzidos pelo conceito de autoridade, são especialmente importantes numa reflexão sobre a identidade, na medida em que “autorizar” implica em interpretar condições de poder, em si ou nos outros. Sennett(2001), investigando o conceito de autoridade, lembra que a raiz da palavra autoridade é “autor”, acentuando que o caráter produtivo do termo é frequentemente negligenciado, sendo mais acentuado o seu sentido negativo agregado, o de “autoritário”, que descreve uma pessoa ou sistema repressivos. Mas o *auctor* pode dar garantia, valor duradouro, sobre o que faz, o que remete à integridade do autor (SENNETT, 2001, pp.31-32).

Sennett (2001) afirma que as duas visões são distintas no que se refere às influências do poder na construção da subjetividade e que determinam as formas de autoridade que se pode observar. A visão Weberiana propõe que as condições de poder são superiores a outras determinações, e que os tipos de controle exercidos se manifestam através de formas distintas de se relacionar com a autoridade, o que estabelece uma interessante tipologia. A primeira categoria é a autoridade tradicional, que se exerce a partir da duração temporal de determinado costume, sem que necessariamente seu sentido precise ser renovado em práticas atuais, uma vez que o sentido vincula-se a práticas passadas. A segunda categoria é a legal/racional, que é exercida por quem ocupa posições de poder legitimado por normas estabelecidas. A última é a autoridade carismática, baseada na devoção à sacralidade, à força heróica ou à exemplaridade de um indivíduo. Para Sennett (2001), a tipologia weberiana, embora criticável, ressalta a importância da legitimidade para que uma autoridade gere obediência voluntária, um pensamento que teve grande influência na modernidade.

A visão representada especialmente por Freud, segundo Sennett (2001), difere da visão weberiana no que diz respeito à importância do sujeito que interpreta o vínculo de autoridade, independentemente da forma como ela se exerce, sendo que o sujeito, para Freud, é determinado pela interpretação de suas experiências infantis. O amadurecimento do sujeito implicaria em uma rebeldia em relação à sua interpretação inicial, e, assim, segundo o autor, ao chegar à vida adulta, o sujeito começa a “admitir tanto a força quanto as limitações dos pais, mas veria a força em seus próprios termos como uma força pertencente a eles e que o teria produzido, mas que agora não era parte de sua própria força” (SENNETT,2001, p.38). Nesta concepção, portanto, “autorizar-se” implicaria em dois movimentos que se complementam, o de legitimar a tradição recebida e o de romper com ela. A escola de Frankfurt, posteriormente, interessada em combinar a psicanálise com a crítica social marxista, busca enfatizar como a cultura, a partir das micro-relações, tem um importante papel na transformação da sociedade, como é o caso, por exemplo, da substituição do “pater famílias burguês do século XIX” pelo poder do Estado.

O paternalismo é apontado por Sennett(2001) como uma imagem de autoridade trazida dos séculos XVII e XVIII, em que os pais quase todos vinham a ser realmente patrões de seus filhos, e que é transformada em metáfora no séc.XIX, como uma idealização das antigas relações que pareciam ter sido mais profundas. O poder, então, é exercido pelo bem do outro, sendo que este poder não é garantido por hereditariedade ou por vínculo religioso, mas sim pelo interesse do cuidador e de quem quer ser cuidado. Contudo, a relação entre poder e amparo, tanto nas figuras de grandes industriais e patronos quanto na de líderes políticos carismáticos, nega o que o autor considera uma qualidade essencial do “pai” , que é a capacidade de fortalecer, de fazer o filho crescer, de incentivar sua independência.

Consideramos que algumas construções modernas, como templos e prédios governamentais, foram erguidas para simbolizar um poder que deveria tomar o lugar da antiga ordem e sobreviver por mais que uma geração, sendo imagens mais concretas de força do que a “mão invisível” da religião. No entanto, como no modelo do panóptico foucaultiano, em que o controle deve ser internalizado, tornando-se, assim, invisível, um poder que pudesse prescindir dos símbolos ou figuras de autoridade para ser exercido passa a ser mais preponderante. Os símbolos hoje não inspiram os mesmos sentimentos, sendo facilmente associados às pessoas que ocupam ou ocuparam o lugar e não corresponderam aos anseios de quem os legitimava. Isto porque, como assinala Sennett (2001), “as autoridades prometiam proteção ou ajuda mas, com frequência, não cumpriam suas promessas”(p.67). Desta forma, imagens mais sutis de autoridade passam a exercer um poder que se situa no

extremo oposto do paternalismo, uma vez que “em vez do falso interesse, essa nova autoridade não expressa interesse algum pelos outros” (SENNETT, 2001, p.115).

A autoridade da figura autônoma relaciona-se ao individualismo, à liberdade de trabalhar sozinho, ainda que de acordo com as regras ditadas pela sua especialização profissional, sendo exemplos os profissionais liberais, como médicos, cientistas ou engenheiros, figuras de força que, por seu saber cada vez mais restritivo e pelas necessidades cada vez maiores dos serviços que oferecem, estão aptos a exigir respeito e provocar temor. Herdeiro dos ideais oitocentistas que antes se expressavam na separação entre trabalho e casa, na abertura do mercado de trabalho e na expansão das cidades, o especialista passa a ter qualificações e a oferecer serviços que são uma moeda de troca bastante estável. Para o autor,

Um plurocrata do século XIX podia perder tudo na bolsa de valores num dia e, no dia seguinte, ficar sujeito ao desdém de pessoas que, até poucas horas antes, haviam-lhe demonstrado deferência. Mas um médico, ou um burocrata qualificado, formou-se e se desenvolveu; o que ele possui *é sua própria natureza* (grifo nosso) e é disso que os outros precisam (SENNETT, 2001, p.118).

O trabalho, compreendido na modernidade como valor, possibilitaria a formação de uma identidade profissional, relacionando-se à dignidade, à integridade de caráter, à meritocracia, ao aumento de riqueza, ao estabelecimento da ordem e ao adiamento da satisfação sob a influência da visão protestante, como caracterizada especialmente na obra de Max Weber⁴. Para “a figura autônoma”, de acordo com Sennett (2001), o trabalho assume este valor, mas o caráter que lhe é atribuído, a capacidade de julgamento pela calma, frieza e indiferença com que se relaciona com o outro, dando naturalidade à regra imposta, sem que assim o pareça, demonstram a não necessidade de aprovação por parte de quem recebe a “ordem” velada, e são características que contribuem para sustentar sua dominação. A perícia técnica é como o dinheiro do oitocentista que dá independência e alia-se à inovação, dando um poder ao especialista que o situa em padrão superior, eliminando a necessidade de reciprocidade nas relações. Para Sennett (2001), a economia de mercado prometia uma “liberdade individual de ação”, que não é dada à maioria das pessoas, mas acaba por provocar uma substituição do sentido de legitimidade da autoridade que deve ser atribuída à “consciência” de cada um. Se não há necessidade de controle direto, é banida a autoridade

⁴ Sennett (2001) refere-se especialmente ao texto “Ética protestante e o espírito do capitalismo” de Max Weber

das pessoas que exercem o poder, que passa a não ser mais legitimada, já que o mercado, enquanto sistema que se funda na liberdade das trocas, prometia a liberdade individual. As figuras de força, tanto as paternalistas quanto as autônomas, passam a exercer um poder que não pertence a elas como pessoas, mas a um ideal maior, a um sistema maior e, portanto, este poder passa a ser moldado pelos ideais do mercado, embora pareça “erguer-se acima dele” (SENNETT, 2001, p.66), conduzindo a mudanças nos valores e nos comportamentos de lideranças e liderados.

A impessoalidade parece ser uma característica que se generaliza, tanto nas figuras paternalistas, que criam um ambiente íntimo e opressivo em sua indústria, sem atender de fato ao desejo de seus empregados, quanto nos especialistas, em que é vivenciada de forma cada vez mais natural, justificada pelo crescimento do governo, das cidades, dos hospitais, “espaçosos demais para serem humanos” (SENNETT, 2001, p.122). As pessoas que exercem o poder vão se tornando menos coercitivas e mais impessoais em sua forma de liderança, exigindo mais autonomia, sinônimo de autocontrole e de autodisciplina. O autor chama a atenção para o fato de que o caráter disciplinar na autonomia não se refere à abnegação na lógica presente nesta forma de autoridade, *mas a uma expressão coesa de si mesmo* que deve ser demonstrada ao outro, numa expressão de talento e aptidão, que deve ser incomum, mas não anormal. A negação e a não legitimação das autoridades, segundo Sennett (2001), surgem como uma defesa contra o crescimento, a urbanização e as novas relações instituídas pela economia de mercado.

1.3. As profissões e as relações entre o conhecimento e autonomia

Na sociologia das profissões, a discussão sobre a autonomia em relação à produção do conhecimento e em relação à prática profissional definidoras da identidade profissional sofreu influência das idéias de Freidson(1985). Para este autor, há, na modernidade, um aumento nas ocupações de formação universitária, privilegiadas em relação às práticas de mercado rotineiras, inclusive àquelas atreladas à existência de um ensino profissional de “nível superior”. Este autor entende que o ensino superior associa-se a valores e preocupações da alta civilização e vincula o treinamento profissional e “a justificação ideológica para a pesquisa pura ou básica e para a busca de idéias, independentemente do mundo prático do comércio e da política” (FREIDSON, 1985, p.12). Contudo, Freidson (1985) questiona, assim como Sobrinho (2005) e Santos (1987), a neutralidade da pesquisa, apontando para o fato de que as universidades dependem do apoio das classes dirigentes.

Para Freidson (1985), as autoridades acadêmicas devem ter autonomia em relação a seu corpo de conhecimentos, devendo os profissionais ter autonomia para julgar sua competência entre si. Contudo, em relação ao exercício profissional, o controle do Estado deveria garantir que os consumidores não fiquem vulneráveis à exploração, e que o mercado de trabalho não seja usado para defender os interesses econômicos da ocupação protegida. O autor denuncia que os especialistas, de outro modo, poderiam fazer uso de seu conhecimento e de sua qualificação para qualquer fim, servindo a quem quer que tenha o poder ou o capital para contratá-los. Ele entende que a universidade deve mesclar o generalismo e o especialismo para proporcionar ao profissional, através de sua formação, uma autoridade não apenas técnica, mas que saiba também mesclar o profissionalismo com a necessidade de controle através de políticas estatais, na medida em que

Quando idéias gerais e alta cultura são um pré-requisito para o ensino das profissões e quando a própria instrução enfatiza conceitos e teorias abstratos, pode-se reivindicar plausivelmente um tipo de especialização capaz da flexibilidade, da profundidade e da visão requeridas pelo trabalho criterioso, que não é meramente técnico, sendo portador de autoridade tanto técnica como cultural (FREIDSON, 1985, p.11).

Entendemos que esta concepção se opõe ao movimento de compartimentarização e disciplinarização do conhecimento universitário, que produz profissionais “especialistas”, e ao movimento de retirada do controle estatal da educação e saúde. Para Santos (1999), a universidade hoje, preocupada em conciliar funções distintas, também valoriza uma formação mais generalista que, contudo, não é mais vista como a transmissão de uma alta cultura, de acordo com a OCDE⁵, mas como “uma preparação ampla para uma grande variedade de condições subseqüentes e imprevisíveis”, que seria o oposto de “um treinamento específico para uma tarefa que daqui há cinco ou dez ou vinte anos pode não existir”(SANTOS,1987, p. 189). A maneira pela qual a Universidade procura atender ao leque de exigências sociais proposto a ela, que vai da formação pós-secundária até a preparação para o exercício de

⁵ A OCDE, sigla que significa Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (em francês: Organisation de Coopération et de Développement Économiques) é uma organização internacional constituída por 31 países que aceitam os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado. Os membros da OCDE são economias de alta renda, com um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e são considerados países desenvolvidos, exceto México, Chile e Turquia.

funções de alto nível, segundo Santos (1999), mostra a contradição nas funções da universidade atual. As tensões, para este autor, são particularmente problemáticas em três aspectos: a contradição entre a produção de alta cultura e de conhecimentos úteis para a produção da força de trabalho qualificada; a contradição entre a hierarquização de saberes especializados, através da restrição de acesso e da exigência de democratização e igualdade de oportunidades; e a contradição entre a reivindicação de autonomia na definição de objetivos institucionais e a submissão a critérios de eficácia e produtividade de origem empresarial. Desta forma, as transformações sociais e as novas exigências, cada vez mais relacionadas às necessidades do mercado, têm atingido as instituições de ensino superior, que precisam se posicionar diante destas contradições. Ao analisar como a universidade caminhou em dez anos de crises e desafios, Santos (2004) afirma que a resolução muitas vezes se deu pela negativa, com a descaracterização intelectual da universidade e com a segmentação e a desvalorização dos diplomas universitários.

O conhecimento científico se modificou, tanto na forma de sua produção como na releitura de seus antigos paradigmas e na valorização de novas correntes de pensamento. Em outro trabalho, Santos (1999) afirma que a crise no paradigma da ciência moderna se iniciou com Einstein e a mecânica quântica, e é resultado do grande avanço no conhecimento que o próprio paradigma positivista propiciou. No novo paradigma, a dicotomia entre ciências naturais e ciências sociais começa a deixar de ter sentido, pois se apóia numa concepção mecanicista da matéria e da natureza a que se contrapõem os conceitos de ser humano, cultura e sociedade. O autor afirma que avanços recentes da física e da biologia questionam as distinções entre o orgânico e o inorgânico, entre os seres vivos e a matéria inerte, entre o humano e o não-humano, e que o tipo de conhecimento que se produz no paradigma emergente tende a ser não-dualista, fundado na superação de distinções tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoa, o que se repercute nas disciplinas científicas que sobre elas se fundaram (SANTOS, 1999). Do mesmo modo, o novo paradigma também aproxima o conhecimento das humanidades e o senso comum do conhecimento científico, a partir da idéia de que este deve ser útil, deve traduzir auto-conhecimento e sabedoria de vida.

As concepções de Santos (1989, 1999, 2004) repercutiram e ainda repercutem de forma controversa na comunidade científica. Mesmo considerando que o paradigma anterior continue hegemônico, é preciso reconhecer as mudanças trazidas no interior das ciências, representadas por um olhar para o indeterminado, que pode ser observado na “proliferação de

teorias científicas do caos e da catástrofe”, na necessidade de relativização e desconstrução das fronteiras entre as disciplinas, e na idéia de que o conhecimento precisa ser prático e aplicável. Se estas mudanças não se apresentam como ruptura, mas como um novo olhar a partir do avanço do paradigma positivista, é porque a racionalidade em que se baseia desde o início tem o questionamento como motor, como metodologia, podendo as verdades descobertas serem substituídas por outras com o avanço do conhecimento. Contudo, a “pretensão desconstrutiva” das ciências é exacerbada pelo mercado, que busca novas tecnologias “melhores e mais baratas”, o que acaba por torná-las depreciadas, provisórias, alimentando simultaneamente a necessidade de novas pesquisas e a necessidade do mercado (DEMO, 2001, p. 33-35). É então que uma relativização exacerbada, uma busca pela praticidade, pela provisoriedade se infiltra nas relações sociais, no trabalho, na família, nas relações amorosas, no cotidiano.

É importante ressaltar, ainda, a importância da relação entre o mercado, a universidade e o conhecimento científico, que vem se estreitando ao longo do tempo. Para Sobrinho (2005), o que se espera hoje da educação superior está muito mais focado na função econômica e nas capacidades laborais, dando à formação profissional um sentido muito mais imediatista, pragmático e individualista. A globalização, para o autor, altera a universidade, na medida em que altera a sociedade, modifica as microdimensões do cotidiano ou as grandes manifestações cada vez mais multiculturais das sociedades, influencia as novas configurações societais, altera as velhas noções de espaço e tempo na comunicação, expande as estruturas de informação, potencializa a mobilidade, imprime novos perfis no mundo do trabalho, impulsiona o acúmulo exponencial dos conhecimentos, gera mudanças nos campos das ciências e das tecnologias, produz o declínio das certezas, aumenta a complexidade nas relações humanas e na vida em geral (SOBRINHO, 2005).

O neoliberalismo e suas práticas, segundo o autor, levaram as universidades a abandonar, ao menos em parte, sua tradicional vocação para a construção do conhecimento e da formação como bens públicos, fazendo-as adotar o mercado e não a sociedade como referência central. Isto, no entanto, produziu uma grande divisão internacional entre os que produzem e controlam o uso dos conhecimentos, de um lado, e aqueles que não têm meios para produzir conhecimentos e muito menos podem receber seus benefícios, de outro. Mesmo antes dos processos que globalizam os padrões, a internacionalização dos valores modernos já implicava num “vetor diferenciado de modernidades”, já que os Estados-Nação eram modernos em gradações diferenciadas. A divisão atual, contudo, parece favorecer o ordenamento de dois blocos, não necessariamente opostos do ponto de vista ideológico em

relação aos valores modernos, mas em relação a consumir ou não os benefícios da modernidade. Como aponta Sobrinho(2005), os que têm o poder do conhecimento como capital de base também têm o poder de proteger sua posse e seus benefícios, por leis e instâncias que garantem o direito de propriedade e determinam seus usos. Têm também a competência de definir quais são os conhecimentos que têm valor – especialmente no sentido de valor de mercado (SOBRINHO,2005).

Para o autor, portanto, a idéia vendida como verdadeira é a de que se deve construir um saber planetário, tendo a tecnologia como “motor e equalizador do progresso”, como uma crença religiosa no mercado global que vai diminuir as desigualdades nacionais e as injustiças no acesso e nos usos do conhecimento. Esta visão do mercado, somada à tecnologia e a seu poder de potencializar a informação, segundo Sobrinho (2005), “esconde a situação real de esgarçamento das relações humanas, de esmaecimento do sentido público, de atomização das experiências subjetivas” (p.5). O autor acrescenta que são os critérios dos países ricos, que seguem as exigências dos mercados centrais, que determinam o tipo e a qualidade do conhecimento produzido. Santos (2004), que ainda se refere às sociedades socialistas de Estado do leste europeu, que foram extintas após seu estudo, afirmou que também nelas, como nas sociedades capitalistas, a industrialização da ciência acarretou o compromisso desta com os centros de poder econômico, social e político, que passaram a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas.

Esta relação se intensifica com a criação de políticas e instâncias de controle do conhecimento que acabam por determinar quais são os temas importantes, começando pelas determinações epistemológicas e metodológicas, passando pela produção de medidas e critérios de avaliação, chegando aos critérios de financiamento e à distribuição social. Para Sobrinho (2005), é preciso reconhecer que as universidades têm desempenhado um papel fundamental no avanço da ciência e da tecnologia, principalmente a partir da segunda metade do século XX, graças, em grande parte, aos recursos públicos investidos pelos países ricos na educação e na pesquisa. Contudo, não há equidade na distribuição dos benefícios do conhecimento.

Pereira-Neto (1995,2000) utiliza o conceito de profissão com base em Freidson e outros autores, definindo-a como uma ocupação com prestígio e poder especial, conseguidos por meios políticos, culturais e ideológicos, e relacionada a uma autoridade cognitiva e normativa, que se estabelece a partir da institucionalização do ensino superior. A autoridade cognitiva relaciona-se à complexidade do saber, incompreensível por leigos, institucionalizado em estabelecimentos de ensino em que o futuro profissional se submete a

um treinamento, orientado por um currículo padronizado, e que se aplica à resolução de demandas da sociedade. Pereira-Neto (1995), citando Wilensky (1970), considera o domínio sobre determinada área do conhecimento um dos fatores determinantes na diferenciação entre profissão e ocupação, produzindo uma “aura de mistério”, sendo o profissional alguém que sabe “mais do que utiliza na prática”, alguém que, “sabe tanto que pode comunicar somente uma pequena parte disto” (PEREIRA-NETO, 1995, p.601).

Possuindo este saber, o profissional pode reivindicar exclusiva jurisdição e autorização legal para praticar determinada atividade, invalidar o serviço do leigo, comprometendo-se com a organização de um controle efetivo de admissão (PEREIRA-NETO, 2000, citando Scharaiber, 1993). A dimensão normativa, aliada à autonomia econômica e técnica, na concepção deste autor, fazem das profissões “comunidades com identidade, compromisso pessoal, interesses específicos e lealdade corporativa, permitindo que conquistem, assim, prestígio junto à clientela” (PEREIRA-NETO, 2000, p.400). As profissões, regulamentadas segundo padrões estatais, produzem estratégias para conquistar o monopólio no exercício de sua atividade, que normatizam o exercício do trabalho, atuando junto ao Estado e aos clientes, comprometendo-se, ainda, com a habilitação e formação de seus futuros integrantes. Estratégias de persuasão voltadas para os clientes são utilizadas para que estes se submetam à autoridade cultural do profissional, de modo que sua orientação seja algo superior a um conselho e inferior a uma ordem. Para que as estratégias funcionem, alguns autores entendem que o cliente não deve ter alcance à informação qualificada. Pereira-Neto (1995, 2000) aponta que a garantia da manutenção da autonomia é considerada parte integrante do processo de conquista de hegemonia da profissão no mercado de trabalho, dando ao profissional autoridade e liberdade para se auto-regular ao atuar em sua esfera de competência não apenas em moldes exclusivamente liberais. São dimensões da autonomia: a capacidade de julgamento de pares, a invalidação de serviço do leigo e o comprometimento com a organização da admissão ocupacional através de instituição especializada. Para o autor, “a autonomia se consolida quando o profissional se torna capaz de decidir as necessidades de seu cliente, não permitindo que ele imponha seu próprio julgamento” (PEREIRA-NETO, 1995, p.603).

Percebemos uma correlação entre o conceito de profissão como construção identitária que se sedimenta na modernidade, e as concepções de autoridade, especialmente no que se refere à autoridade da figura autônoma de acordo com Sennett (2001), que se legitimam a partir de um conhecimento formalizado nos moldes científicos e institucionalizado nos moldes legais do Estado Moderno, ao mesmo tempo que se impõe a este mesmo Estado,

reivindicando auto-controle de suas atividades laborativas. Correntes profissionais vão se opor, aproximando-se ou afastando-se desta tendência mais “liberal” que, ao longo do tempo, torna-se hegemônica e invade outros campos para além das relações econômicas.

1.4. O trabalho e as mudanças sociais e culturais

Para Sennett (2005), o trabalho hoje se assemelha a um jogo, em que só se pode antecipar um ou dois movimentos, com objetivos de curto prazo. As demandas são atendidas por projetos, em episódios, sem acumulação de experiências, de conhecimento e de marcos de progresso funcional, já que o que é produzido é válido para aquela situação específica. Antes, a rotina, entendida como prisão da criatividade, partia o trabalho, tornando-o sem sentido, levando à busca da liberdade e da autonomia. No entanto, para Sennett (2005), assim como para Bauman (2001), hoje o trabalho é adaptável, fluido, sem limites e impedimentos, e expõe os trabalhadores a um risco constante, culturalmente valorizado. Bauman (2001), citando Sennett (2005), afirma que “a rotina pode diminuir mas também pode proteger; a rotina pode decompor o trabalho, mas pode também compor uma vida” (BAUMAN, 2001, p.169). Portanto, para estes autores, a rotina dava identidade ao trabalhador, através da construção de vínculos e de um sentido de pertencimento. Hoje, no entanto, a rotina permanece, mas segmentada nas várias instituições em que o profissional realiza tarefas, sendo muitas vezes nomeadas sem fornecer, no entanto, uma identidade ao trabalhador que as realiza, ou até mesmo agregando uma multiplicidade de especializações que não permitem que o profissional visualize o todo em seu trabalho. O próprio termo “carreira” encontra-se em desuso, já que, para ser “múltiplo, complexo e rápido”, o mundo torna-se “ambíguo, vago ou plástico” e não possibilita ou não valoriza narrativas ou expectativas de maior duração e crescimento, mas, antes, uma eterna mudança.

A nova ética do trabalho, para Sennett (2005), relaciona-se ao trabalho em equipe, em que se enaltece a adaptabilidade (flexibilidade de funções e de tempo para o trabalho), a cooperação, a capacidade de ouvir. No entanto, em relação à flexibilidade, pode-se dizer que esta cria distinções entre superfície e profundidade, e as relações de poder fazem com que os “menos poderosos” fiquem na superfície, sem atribuir sentido a seu trabalho. A flexibilidade de tempo, de igual modo, torna o trabalhador mais “escravo”, uma vez que cria novas formas de controle e supervisão. Quanto à cooperação e à escuta no trabalho em equipe, o autor aponta que as relações no trabalho não chegam a se tornar mais profundas, criando confiabilidade e parceria, já que o imediatismo das tarefas e a falta de regras, ou a possibilidade de que se construam “no meio do jogo”, geram superficialidade. Bauman

(2001) entende que é difícil construir relações de confiança em organizações que são constantemente “desmontadas”, “reduzidas” e “reengenharizadas”. A liderança e a autoridade também ficam aparentemente diluídas, mas ainda existem, só que com outras roupagens: quem tem o poder não justifica sua ordem, atua como “facilitador”, “capacitando” os outros para que a cumpram. O autor critica esta nova ética, afirmando que ela gera uma “superficialidade degradante praticada em grupo”. A crítica de Sennett (2001) chama a atenção para uma tendência que, por fazer parte dos padrões globais do mercado de trabalho, acaba atingindo as relações, umas mais e outras menos, em todos os locais do planeta.

Quanto à produção de conhecimento para o trabalho, o autor avalia que as capacitações e retreinamentos, geralmente, não são suficientes para a qualificação profissional, pois o desenvolvimento rápido de novos campos que parecem se construir a partir do zero, desmerecem o conhecimento anterior, não permitindo a acumulação necessária à formação de um sentimento de segurança por parte do profissional (SENNETT, 2001). Na produção do conhecimento científico que se realiza nas universidades, isto se reflete, segundo Santos (1999), em uma falta de teorização, em detrimento do conhecimento prático, já que “a rapidez, a profundidade e a imprevisibilidade das mudanças fazem com que a realidade pareça teorizar-se a si mesma” (SANTOS, 1999, p. 149). Se a teoria não chega a tempo, fica banalizada. Questiona-se hoje, segundo o autor, a sequência educação-trabalho, criando-se a exigência de uma educação permanente, em que educação e desempenho acabam por fundir-se. São exemplos desta tendência os discursos de que “a teoria se faz na prática” e de que “só se aprende fazendo”, que enaltecem a experiência prática em detrimento da racionalidade e da intelectualidade.

Entendemos que a rapidez, hoje exigida pelo mercado, que se reflete na produção do conhecimento, bem como na eterna busca pelo novo, são movimentos que se apresentam em dimensões sociais mais amplas, tendo expressões importantes a partir da modernidade, como, por exemplo, no modernismo. De acordo com Sennett (2001), o modernismo traduz a negação da autoridade, constituindo-se uma revolta contra a ordem oficial, contra o estilo vigente. Esta ruptura pode ser generalizada abarcando a idéia de “romper com a tradição”, desmerecendo construções anteriores, o que ecoa na vida cotidiana, “nas experiências da dependência desobediente”, por exemplo, em que “a rejeição e a necessidade tornam-se inseparáveis” (SENNETT, 2001, p.72).

Autores de várias áreas do conhecimento, como a antropologia e a educação, refletem sobre a relação entre a provisoriedade no conhecimento, na cultura e no mercado. Para Schwarz (1989), em nosso país “a cada nova geração, a vida intelectual no Brasil parece

recomeçar do zero” (SCHWARZ, 1989, p.30). Cada nova teoria, cada novo autor parece destituir o que há de continuísmo e ressaltar, enaltecer o que há de novo em seu arranjo. A mudança, muitas vezes, de uma escola ou disciplina científica inaugurada em relação à antecedente, não nasce, assim, do esgotamento de um projeto, de uma verdadeira ruptura, mesmo que isto seja apregoado. Para o autor, há “uma dose de adensamento cultural”, sem a qual a própria idéia de ruptura perde o sentido. Ele ressalta que devemos ser críticos em relação à “dimensão organizada e cumulativa do processo”, à potência da tradição e às relações nacionais e internacionais de poder relacionadas às mudanças (SCHWARZ, 1989, p.30). Estas pontuações podem ser complementadas com as de Demo (2001), que afirma que não se deve entender o movimento atual do conhecimento como uma ruptura, nem acreditar que é possível desconstruir radicalmente ou reinventar todo dia. Para o autor, “o ethos do conhecimento pós-moderno é tipicamente desconstrutivo”, mas, se para conhecer é preciso questionar, para mudar não se deve “entrar na orgia do conhecimento inovador”, fazendo menos sentido ainda reproduzir “café velho” (DEMO, 2001). A adesão ao novo deve ser crítica, segundo Demo (2001), sendo importante encontrar um meio-termo entre a “lerteza da universidade e o ritmo da inovação” (DEMO, 2001, p.17). Para ele, a velocidade da desconstrução que busca a inovação tem uma afinidade com o mercado, com a competitividade, transformando o ideal de progresso do conhecimento científico numa busca por inovações e recursos técnicos que , no entanto, “é politicamente arrancada da destruição da natureza e da degradação social”(DEMO, 2001, p.35).

Assim, os novos profissionais são formados para lidar com a rapidez e os padrões do novo mundo do trabalho, algo que hoje não pode ser traduzido como uma imitação de um modo específico “de ser” ou de “conduta”, mas como a adequação a um movimento, a um processo. Esta adequação, no entanto, parece ser acrítica, naturalizando-se, desta forma, a lógica do mercado.

A busca de uma identidade como narrativa de si ou do pertencimento a grupos ou a tradições culturais, mesmo que de maneira não coesa e solidamente construída, é algo que ainda move os sujeitos. Hoje esta busca vincula-se a um imperativo de flexibilidade, desapego a regras e a relações que possam ser duradouras, a valores que venham dos outros e não da experiência própria. Mas, para Hall (1996), “como com relacionamentos paternos, as tradições culturais nos moldam quando nos alimentam e sustentam, e também quando nos forçam a romper com elas para sobreviver” (HALL, 1996, p.84). Em um mundo em que as regras do bem-viver são ditadas não mais pelas tradições mas pelo mercado, o reconhecimento das identidades não deve se traduzir como o fechamento em guetos, e as

transformações não devem corroborar para uma multiplicidade sem compromissos, ou para um esfacelamento sem possibilidade de reconstrução.

As identidades culturais e profissionais devem ser examinadas para que possam ser avaliadas as mudanças no nível do discurso que impliquem em uma efetiva realização dos objetivos dos grupos a que se referem. Do mesmo modo, tendo em vista o atual momento em que estar em constante transformação passa a ser o novo imperativo, ter no processo de formação de identidade um norte de investigação é uma tentativa de tornar os fenômenos menos fluidos, mais reconhecíveis.

De acordo com Almeida (1997, citando Freidson 1970, 1985, 1986), para o profissional de medicina, a tradição que remonta ao início da constituição da profissão em relação à autonomia (e a autoridade da figura autônoma) relaciona-se às questões clássicas do profissionalismo, tais como “o processo histórico pelo qual a medicina se estabeleceu como ciência”, que “consolida as chamadas ‘fronteiras cognitivas’ da profissão”, e “os esforços políticos para estabelecer o monopólio legal da prática” (ALMEIDA, 1997, p.660).

Este processo inicial deve ser distinguido do movimento que, no início do século XX, introduziu na prática médica novas fragmentações, tanto com o desenvolvimento das especializações quanto com a diversificação das posições de mercado, como os serviços de assistência médica alavancados pelo Estado. Do mesmo modo, considerando que a institucionalização do conhecimento é requisito imprescindível para a identidade profissional, concordamos com Almeida (1997), quando afirma que o professor é o profissional que por direito tem o poder de criar, transmitir e organizar o conhecimento relativo à profissão.

Portanto, para buscar as origens do prestígio social e da autoridade do profissional de medicina e do professor de medicina no Brasil, é importante examinar o contexto e os discursos que envolveram a construção da identidade do médico no país, ressaltando-se as principais denominações que compuseram esta identidade ao longo do tempo, como a de cirurgiões-barbeiros, higienistas, generalistas e especialistas, a que saberes, características pessoais e profissionais se vinculavam, bem como de que forma elas se modificaram. Buscaremos entender algumas mudanças no ensino médico que acompanharam tais transformações, ressaltando a importância de diversos personagens, principalmente a do médico-higienista, na constituição da identidade cultural do brasileiro, a fim de tentar mostrar a força cultural do discurso científico propagado pelos médicos. As mudanças atuais propostas para a identidade do médico novamente se relacionam com transformações que estão se dando hoje na cultura, nas relações pessoais, familiares, de trabalho, e na sociedade brasileira, de modo geral.

2. O PRESTÍGIO SOCIAL DO MÉDICO E A IMPORTÂNCIA DO DISCURSO MÉDICO CIENTÍFICO PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA

2.1. Do rural ao urbano: o discurso do colonizador e o discurso do novo

Com as grandes navegações, a colonização dos continentes (América e África) e a internacionalização da economia, aumentam também as trocas culturais, o que se dá em paralelo à expansão do capitalismo. No entanto, inicialmente, este movimento de promoção de valores não acompanha a velocidade do capitalismo. Para Ortiz (1998), as relações entre as “economias-mundo”, em grande parte, se traduziam por dominação e até destruição, como no caso dos impérios Asteca, Inca e Maia, mas a fraqueza dos laços econômicos, as distâncias e a falta de relações diplomáticas dificultavam as transformações.

A partir do séc. XVIII, são lentamente trazidas pelos europeus para o Brasil, a modernidade, as transformações nos costumes e valores que, com base na racionalidade que passava a imperar no discurso científico, legitimavam as transformações sociais. Esta importação de valores se deu de forma peculiar no Brasil, especialmente pelo modo como as mudanças nos chegavam, principalmente através dos colonizadores portugueses.

Portugal e Espanha, de acordo com Buarque de Holanda (1999), por manterem-se mais próximos do catolicismo que do protestantismo, repulsam a moral fundada no culto ao trabalho, que passa a ser valorizada na Europa a partir da Revolução Industrial. Estes países têm na “cultura da personalidade” um traço característico, o que influenciava diretamente as negociações e as relações entre colonizador e colonizado. Valores como a autonomia pessoal e a superação eram fundamentais, mas traziam um caráter individualizante, pessoalizado, na medida em que

Para eles, o índice de valor de um homem infere-se, antes de tudo, da extensão em que não precise depender dos demais, e não necessite de ninguém, em que se baste. Cada qual é filho de si mesmo, de seu esforço próprio, de suas virtudes...e as virtudes soberanas para esta mentalidade são tão imperativas que chegam por vezes a marcar o porte pessoal e até a fisionomia dos homens (BUARQUE DE HOLANDA,1999, p.32).

Podemos entender o quanto essas “qualidades” ressaltadas na identidade dos portugueses e espanhóis constituíam barreiras à necessidade de se ordenar e se associar, e de que acordos coletivos fossem duráveis, a não ser por temor à figura de poder. O “barão” ou

nobre, mais por prestígio do que por hereditariedade, transmitia sua autoridade nestes países. A obediência também é um valor cultivado, paradoxalmente, como renúncia a essa “autonomia”, que parece ser possível na presença de uma “personalidade” mais forte, gerando extrema centralização de poder. Estas são as raízes da frouxidão da estrutura social brasileira, da falta de hierarquia, da frutificação de elementos anárquicos, que contavam, “com a cumplicidade ou a indolência displicente das instituições e costumes” (BUARQUE DE HOLANDA, 1999, p.33).

Um outro aspecto que vale ressaltar é a forma como se deu a colonização brasileira, que, segundo Buarque de Holanda (1999), diferentemente de outros países, teve como base a “ética da aventura”, que se opõe à “ética do trabalho”, e tem como pressuposto a exploração com fins imediatos, ou seja, “colher o fruto sem plantar a árvore”. Isto fica bem explicitado se tomamos como exemplo o sistema de lavoura implantado no Brasil, que representava, inclusive, um retrocesso em relação aos avanços nas técnicas agrícolas que já existiam em Portugal. De acordo com esta mesma lógica, as famílias que nos povoaram no início da colonização não cultuavam os nobres costumes europeus nas casas-grandes rurais mantendo pouco contato entre si, e, assim, não havia necessidade da formalidade própria da sociabilidade europeia. No Brasil, assim, os costumes rotineiros ficaram mais distantes ainda do que em Portugal dos valores mais “puros” da nobreza. Segundo o autor, a sociedade brasileira é, neste sentido, “legítima pioneira da mentalidade moderna”, nunca chegando a ser rigorosa e impermeável à nobreza lusitana. Mas, no Brasil, como em Portugal, a burguesia não adotou uma escala de valores inteiramente novos. Antes, ela se associa à nobreza, assimila seus princípios, guiando-se também pela tradição, “mais do que pela razão fria e calculista”(BUARQUE DE HOLANDA, 1999, p.112). Para o autor, “não se pôde completar a transição que acompanha de ordinário as revoluções burguesas para o predomínio de valores novos”(BUARQUE DE HOLANDA, 1999, p.112). A formação social-urbana que se constrói tem uma “face” de resistência ao novo, mas o “tradicional” no Brasil nunca foi idêntico ao tradicional português e, do mesmo modo, as tradições da nobreza em Portugal e na Espanha também se diferenciavam dos valores nobres e, posteriormente também, dos valores modernos dos demais países europeus. Assim, o que chegava ao Brasil pelo colonizador já era uma “re-leitura” desses novos valores, e aqui eram feitas novas combinações, novos ajustes de poderes e valores.

Segundo Freire (1996), as formas já “altas” de civilização aqui se amolecaram, se “aclimataram”, e constituíram uma sociedade em que o familismo ou personalismo decorrentes do sistema patriarcal vem a marcar relações econômicas e políticas semelhantes

dentro e fora de casa, com “tendências para autonomias regionais e até feudais” (p.4). O autor afirma que o patriarcado rural teve de se modificar com a chegada de D. João VI, monarca “aburguesado”, desrespeitado quando distante. Sua chegada marca o início do antagonismo entre as cidades coloniais e as casas grandes de fazenda. Com a vinda da corte para o Brasil uma busca de valores nobres, que incluíam o uso de objetos mais refinados e comportamento mais cerimonioso, foi reavivada, mas constituiu-se um arremedo, um culto às aparências e exterioridades que, segundo Buarque de Holanda (1999), passaram a distinguir os ricos da gente humilde.

Há, portanto, no início da urbanização brasileira, um momento em que o caráter imitativo, de convívio entre tendências e princípios incompatíveis, começa a ser marcante na constituição de nossa sociedade e de nossas instituições. Isto pode ser observado, segundo Schwarz (1989), na convivência entre a escravidão e as idéias liberais, que deram base à regulamentação do funcionamento de instituições com regras que não funcionavam na prática. Para o autor, “a uns a herança colonial parecia um resíduo que logo seria superado pela marcha do progresso. Outros viam nela o país autêntico a ser preservado contra imitações absurdas. Outros ainda desejavam harmonizar progresso e trabalho escravo, para não abrir mão de nenhum dos dois, e outros mais consideravam que esta conciliação já existia e era desmoralizante”(SCHWARZ,1989, p.42). O autor cita uma crítica literária de 1897, que propõe que o caráter imitativo salienta os aspectos do Brasil “real”, continuação do autoritarismo dos tempos da colônia, e do Brasil “ilusório”, "das leis, dos bacharéis, da cultura importada, depreciado por ser inoperante. Daí a sua observação: “não há povo que tenha melhor constituição no papel(...) A realidade é horrível!””(SCHWARZ, 1989, p.43). Reafirmando os dizeres de Buarque de Holanda (1999), o autor entende que, além das mudanças nos hábitos, o que acaba prevalecendo também nos discursos é uma equivalência de fórmulas e palavras que aqui ganham significados diferentes. É este descompasso, de uma pequena elite copiando a cultura do velho mundo, buscando educar-se e distinguir-se do resto do povo, mas perpetuando certos “traços populares”, que passa a ser visto pelo estrangeiro e pelos “antigos” como exótico.

Em um outro trabalho, Schwarz (1981) afirma que as idéias liberais francesas, inglesas e americanas que nos influenciavam, a ponto de ter nos conduzido a proclamar a República, faziam parte de nossa identidade nacional, mas se chocavam e conviviam com os antigos valores, de modo que era a prática do *favor* que desfazia antagonismos. Remanescente dos antigos privilégios feudais, atacados pelas idéias de universalidade das leis, da ética do trabalho, o *favor* “pratica a dependência da pessoa, a exceção à regra, a cultura interessada,

remuneração e serviços pessoais”(SCHWARZ, 1981, p.16). Nosso “jeitinho” foi construído a partir desta idéia de *favor*, tornando os discursos da lei ociosos e semeando o individualismo exacerbado e a cultura dos privilégios, aspectos que passam a atravessar nossa construção identitária.

É no início da urbanização brasileira, com este “equilíbrio” de discursos e poderes de uma classe burguesa representada por negociantes ricos que se “infiltraram” nas famílias dos nobres barões, alguns dos quais endividados pelos negócios com a cana de açúcar, que novos elementos começam a ganhar prestígio: os bacharéis e médicos. Freire (1996) assim os define:

(Alguns) Filhos de mecânicos ou de mascates com negras ou mulatas (outros) filhos de senhores de engenho, os rapazes educados na Europa, na Bahia, em São Paulo, em Olinda, no Rio de Janeiro, foram se tornando, num certo sentido, desertores de uma aristocracia cujo gênero de vida, cujo estilo de política, cuja moral, cujo sentido de justiça já não se conciliavam com seus gostos e estilos de bacharéis, médicos e doutores europeizados. Afrancesados, urbanizados e policiados (p.18).

Estas figuras, que personalizam o discurso do novo, das transformações que são incorporadas progressivamente na Europa e também no Brasil, têm na medicina, enquanto prática social diretamente relacionada ao discurso científico, uma importante aliada, exercem papel fundamental na difusão e aplicação dos novos saberes no cotidiano das populações. Esta relação entre prática médica e ciência, hoje tão naturalizada, que se concretiza na figura de autoridade do médico especialista, teve seu surgimento na modernidade, passando a ser constituinte da prática da identidade do médico até os dias atuais.

2.2. Os primórdios da prática médico-científica no Brasil e na Europa

Foucault(1979), nos textos “O nascimento da medicina social” e “O nascimento do hospital” incluídos no livro *Microfísica do Poder* (1979), afirma que a medicina moderna, apesar de ter um forte aspecto individualista, tendo penetrado nas relações de mercado do médico com o doente, é fundamentalmente uma medicina social, uma prática social, que tem, por trás deste aspecto individualista, uma certa tecnologia do corpo social. Durante a Idade Média a medicina era individual e o médico era qualificado depois de uma “iniciação” promovida pela própria corporação dos médicos, que incluía o conhecimento de textos e a

transmissão de receitas mais ou menos secretas, e não pelo conjunto de experiências que teria vivenciado. O papel do médico era o de colaborar com a natureza, observando os sinais de doença e os sintomas, prevendo sua evolução e a luta pela cura se dava na relação individual entre médico e paciente. Para Scliar (2002), na Idade Média, a religião proporcionava um sentido para o sofrimento causado pelas doenças, e a ineficácia de procedimentos mágicos ou religiosos era compensada pela caridade. A medicina se baseava em categorias semi-reais, ou semi-hipotéticas, como os humores, que não se diferenciavam muito do universo mítico, harmonizando-se com o religioso. Aos poucos, o médico deixa de subordinar-se ao poder religioso o que possibilitou a transformação das atitudes perante a doença e a morte.

Com o capitalismo, a medicina científica, que nasce nos fins do séc. XVIII com a disciplina anatomia patológica, começa a ganhar importância devido às dimensões coletivas do saber e da atividade médica, sendo forte aliada do controle que a sociedade e o Estado precisavam ter sobre os indivíduos, a começar pelos seus corpos. Nas palavras de Foucault(1979),

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu à passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência e pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (p.80).

Scliar (2002) também ressalta a superposição entre o poder revolucionário e o poder médico em alguns países como a França e a Alemanha em que a luta contra a doença começa a ser a luta contra os maus governos, chamando a atenção para o papel de destaque dos médicos e o aspecto educativo e disciplinador dos profissionais de saúde nos novos estados em formação (SCLIAR, 2002).

No Brasil, segundo Costa (1979), coincidindo com o início da urbanização e a ascensão do Estado nacional, o movimento higienista foi um importante aliado na organização das cidades e normatização das famílias. Até o séc. XIX a figura social do médico era relativamente desprestigiada. Nos dois primeiros séculos da colonização “os médicos classificavam-se entre os ‘homens-de-ofício’ socialmente inferiores aos senhores e aos

nobres... a racionalidade do saber médico pouco se distinguia do conhecimento empírico dos jesuítas, pajés e curandeiros... pobres no saber eles também o eram em número” (COSTA,1979, p.74) . A função curativa era pulverizada entre diversos personagens, o que, mesmo depois do advento da medicina científica, fazia dos doutores formados na Europa figuras em “pé de igualdade” com outros cuidadores. A resistência em relação aos novos “doutores” se confunde com a resistência aos “valores modernos”, que assumia múltiplas razões e nuances, tendo raízes, como visto anteriormente, na própria cultura portuguesa e na diferença dos países ibéricos em relação à aceitação de determinados padrões da nobreza e, posteriormente, de sua “reedição” na burguesia pelo resto da Europa. Há que se ressaltar aqui, novamente, algumas diferenças entre a colonização portuguesa e a espanhola, já que os espanhóis tentaram fazer do país ocupado “um prolongamento orgânico do seu”, criando, por exemplo, inúmeras universidades, que fizeram com que os filhos da América pudessem “completar seus estudos sem precisar transpor o oceano”(BUARQUE DE HOLANDA, 1999, p.98). De acordo com este autor,

Não seria exagerada a estimativa feita por um historiador, que avalia em cerca de 150 mil o total para toda a América espanhola. Só na universidade do México sabe-se com segurança que, no período entre 1775 e a independência, saíram 7850 bacharéis e 473 doutores e licenciados. É interessante confrontar este número com o mesmo período (1775-1821) em Coimbra, que foi dez vezes menor, ou exatamente 720 (BUARQUE DE HOLANDA,1999, p.119).

Segundo Costa Junior (2005), o ensino de medicina em Coimbra consistia em leituras das obras de Galeno e Hipócrates, sendo esta uma atribuição de religiosos até o século XV quando passou a ser exercido por leigos, em especial de origem judaica. Remonta desta época a atribuição de valores judaico-cristãos aos praticantes de medicina, como “ a vida altruística que envolve horas por dia e servir ao próximo necessitado” e o nome de “físicos”, atribuído aos médicos, já que a medicina era chamada de física (COSTA JUNIOR, 2005, pp.14/16). Os primeiros médicos brasileiros tinham uma formação “fortemente influenciada pelo obscurantismo religioso que imperava na península ibérica da inquisição” (COSTA JUNIOR, 2005, p.17, citando Cunha, 1998). Contudo, de acordo com o autor, além de médicos com formação nas escolas de medicina- primeiro em Coimbra e, posteriormente, no Brasil-, nos tempos da Colônia era possível também licenciar indivíduos submetidos a treinamento empírico por médicos formados, após serem considerados aptos por seus tutores e prestar exames nas Juntas “de Protomedicato, e depois de Físico-Mor e do Cirurgião-Mor”.

Estes, muitas vezes escravos, ajudantes de senhores que eram médicos, depois de licenciados, vinham concorrer com seus senhores na prática médica e de cirurgiões barbeiros. A atividade dos cirurgiões-barbeiros, às vezes chamados apenas de cirurgiões, distinguia-se, em parte, por ser mais prática, sendo considerada inferior em relação aos atributos e a uma prática mais intelectualizada que o médico deveria possuir. A prática médica presente na colônia se relaciona ao cuidado individual, tendo liberdade para estabelecer o valor e as condições em que se desenvolvia, sem atingir preceitos e valores da aristocracia rural. O discurso médico, no entanto, sofrerá mudanças importantes de acordo com os novos preceitos modernos vindos do estrangeiro.

2.3. O velho e o novo no discurso médico-higienista - conflitos e conciliações

No Brasil, há uma resistência aos novos valores, representada inicialmente pela figura dos antigos senhores, que perderam poder com a chegada da Corte e, posteriormente, com a independência. Foram eles que inicialmente ocuparam os cargos mais importantes nas cidades, tendo trazido consigo do campo seu “talento” e sua “inteligência”, cultuados como valores ressaltados em detrimento do esforço físico. Contudo, segundo Buarque de Holanda (1999), as novas ocupações e o “trabalho mental” na cidade são assumidos pelos antigos senhores e posteriormente por seus herdeiros, sem que estes estivessem necessariamente associados a atributos intelectuais. Segundo o autor eles seriam mais “ornamento e prenda do que instrumento de conhecimento e de ação” (BUARQUE DE HOLANDA, 1999, p.83) e, assim, os anéis de grau e as cartas de bacharel seriam como os brasões de nobreza, algo para se ostentar.

Costa (1979) chama a atenção, contudo, para o fato de que essa tentativa de perpetuação de valores vinculada ao personalismo, bem como a renovação do poder dos senhores latifundiários, constituía um potencial de desobediência civil das cidades que foi atacado pela propaganda nacionalista no séc. XIX com auxílio dos “novos agentes de domesticação familiar, os médicos” (COSTA, 1979, p.62). Para Nunes (2000), um projeto de medicina social “vinculado à higiene pública e medicalização do espaço urbano”, diferente, portanto, do que era a atuação da medicina até então, tem lugar no Brasil, especialmente com a vinda da Corte portuguesa. O advento da medicina científica vinculada à saúde pública é um exemplo do início da “modernização” trazida aos ambientes acadêmicos e aos costumes da família brasileira. Desencadeia-se então um certo conflito de gerações que se traduz pelas relações entre o “tradicional” e o “moderno”, em que os filhos, portadores de um saber

legítimo, estrangeiro, científico, desvalorizam, destituem os pais, os velhos, de seu saber local, de seu poder, de seu lugar social. Costa (1979) detalha com riqueza o quanto os mais velhos se ressentiam disso, vendo os mais novos como “imitações ridículas dos europeus, dentes postiços, desrespeito aos mais velhos”, “crianças”, “jaquetinhas pelas virilhas”, “barbas e bigodes de mouro”, “ que já não tomavam a benção aos velhos”, que “desgovernavam as novas províncias” (COSTA,1979, p.62). Esta nostalgia em relação ao poder e à autoridade perdidos, bem como aos valores e costumes que se transformam parece ficar mais evidente em determinados momentos históricos. Para o autor, no entanto, há uma tendência nos mais novos a buscar uma conciliação ao invés de entrar em um conflito direto ou impor as transformações, o que acaba por constituir e acentuar certos traços “mais simpáticos da fisionomia moral do brasileiro. *O talento político de contemporização (grifo nosso)*. O jurídico de harmonização. A capacidade de imitar o estrangeiro e de assimilar-lhe os traços de cultura mais finos e não apenas os superficiais” (COSTA, 1979, p .22). Então, os filhos médicos e bacharéis raramente voltavam aos engenhos patriarcais, absorvidos pela nova vida nas cidades, na diplomacia, na política, nas profissões liberais, na indústria. Eles são figuras importantes nesse período de transição, marcado por um equilíbrio, por uma justaposição de valores e costumes, tanto que a desintegração do poder do *pater familias* rural no Brasil, na verdade, nunca foi completa, mesmo nos dias atuais.

Costa (1979) refere-se à confiança que o velho inspirava durante o período colonial, modelo de sabedoria, serenidade e força, de modo que os jovens cultivavam barbas e uma aparência física mais envelhecida para imitá-los, ainda no séc. XIX. O autor ressalta, contudo, o aviltamento da figura do velho trazido pelo discurso higiênico que servia as necessidades da época de diminuir seu poder:

Nas descrições médicas, a velhice masculina era carregada de traços físicos e morais repulsivos, o velho tinha o semblante macilento e rugoso. De seu espírito, dizia-se, desapareceram a “memória e a imaginação”, dando lugar à fraqueza, à paixão, ao egoísmo, à desconfiança, à imprudência e à libidinagem senil... na velhice tudo é personalidade tudo é interesse individual (COSTA ,1979, p23).

No capítulo 4 buscaremos distinguir mais claramente os perfis médicos que se apresentam no Brasil, compondo traços de identidade da profissão que permanecem até os dias atuais. Aqui pretendemos apenas ressaltar o perfil do higienista, por este ter representado a inovação no discurso médico em nosso país, trazendo uma preocupação com a normatização da sociedade que, para eles, precisava se transformar, se “modernizar”. Os

higienistas atacavam os velhos, como podemos observar no texto de Costa (1979), principalmente porque, através de seu poder e dinheiro tentavam manter a todo custo os costumes anteriores. Nos tempos antigos, os velhos, por exemplo, podiam casar-se com mulheres jovens, o que era para o médico higienista algo que contrariava as leis naturais. Apoiando-se na lógica “natural”, as mulheres jovens a partir de então deveriam se casar com homens jovens, a fim de gerar proles mais saudáveis e, com isso, restringiu-se o papel do pai patriarca, detentor do poder familiar. Para o autor, o desprestígio do velho iniciado nesta época, com base na perda de seu vigor físico, na inutilidade de seu corpo, foi transposta para a posição social do velho, um discurso que criou raízes e que continua a produzir o lugar do velho na sociedade atual.

O caráter conciliatório da proposta médica higienista demonstra um novo tipo de poder do jovem na conquista de seu novo papel social, na medida em que a transmissão dos novos costumes não era feita de forma ofensiva, punitiva, pelo menos no que se refere aos mecanismos que se dirigiam às famílias de elite (os escravos, mendigos e loucos deveriam continuar obedecendo por medo de punição, como sempre). As estratégias de intervenção médica, na verdade, eram transformadoras e não destrutivas e, assim, os higienistas demonstravam os benefícios da mudança, visando diferenciar os interesses e funções de cada membro da família e “não mais considerá-la um bloco único, compacto, extensão pura do poder e nome paternos; mas uma rede complexa de adultos, e crianças, homens e mulheres, pais e filhos, recém-nascidos e adolescentes, etc” (COSTA,1979, p.31).

2.4.O saber médico e a normatização da família e da sociedade brasileiras

O saber médico-científico dos higienistas destituía e desprestigiava o saber e o poder matriarcal da mãe ou da avó, “mestras” da medicina caseira, de forma semelhante ao que era feito em relação ao poder do pai, do velho; mas o fazia de maneira amorosa, convertendo a mulher em mãe zelosa. Esta devia amamentar e cuidar dos filhos de acordo com os preceitos médicos, ajudando a diminuir as altas taxas de mortalidade infantil. É interessante, novamente, perceber o “apoio na natureza”, que acaba por culpabilizar a mãe que agia de forma “não-natural” no que se refere, por exemplo, à amamentação. Este discurso é produzido notadamente para combater a tradição das amas-de-leite, porque a mulher precisava assumir o papel de cuidado dos seus filhos com a urbanização das sociedades. Se, como era apregoado, o instinto incluísse a amamentação, nenhuma mulher fugiria a esta regra. Ainda hoje este discurso legitima o papel considerado “natural” da mulher.

Para o homem, o papel de pai era exaltado como provedor e autoridade máxima na família. Para isto ele deveria trabalhar, dar bons exemplos e ser honesto, o que, juntamente com sua função de bom marido e a respeitabilidade sexual garantiam-lhe uma suposta autonomia em troca da sujeição política. Os higienistas tinham, como aponta Costa (1979), um projeto para cada membro da família, a fim de que pudesse haver um convívio harmônico na cidade:

As famílias deveriam se sentir recompensadas e não punidas pela intervenção do Estado. A mudança tinha que acenar, antes de mais nada, com promessas de lucro capazes de provocar reações em cadeia, que se estendessem ao longo de gerações. Idealmente, a família projetada pelos higienistas deixar-se-ia manipular acreditando-se respeitada, abandonaria antigos privilégios em troca de novos benefícios, auto-regular-se-ia tornando cada um dos seus membros num agente da saúde individual e estatal (p.63).

Costa (1979) ressalta que o saber médico se propôs a ordenar e normatizar a casa, a família e as cidades, intervindo nos mais diversos aspectos, da habitação às vestimentas, alimentação, educação e deveres sociais, o que levou os higienistas a ocupar funções anteriormente exercidas por outras figuras, como os representantes legais e confessores religiosos. No séc. XIX a pretensão do discurso médico-social era de disseminar-se e abranger todos os aspectos e setores da vida em sociedade, tanto no nível público quanto privado, e sua aceitação foi se ampliando. Como assinala Costa(1979),

A Higiene era parte da ciência médica que nos dá os preceitos e as regras necessárias tanto à aquisição como à conservação da saúde e se referem a exercícios, banhos, sono, paixões, trabalhos intelectuais, etc..., enfim, ensina a evitar as coisas nocivas e fazer bom uso das coisas úteis (p.115) .

As normas apregoadas pelos higienistas atuam prioritariamente de forma preventiva, materializando problemas virtuais, produzindo fatos novos, reprimindo condutas inaceitáveis e produzindo novas condutas. Esse movimento “nominalista” corresponde à medicina classificatória, que persiste no interior da medicina e colabora para o surgimento e a manutenção da legitimidade do poder e do saber médicos. Assim, à medida que novas doenças aparecem, novas subdivisões e especialidades são criadas. As atividades humanas eram entendidas como potencialmente mórbidas e as famílias não conseguiam lidar com todos os fenômenos. Na impossibilidade de aquisição de todas as regras de bem-estar, o

medo das doenças ocasionava uma dependência cada vez maior dos recursos terapêuticos.

A higiene também promove o que Costa (1979) chama de hierarquização social da inteligência e, diferentemente de períodos anteriores, se valoriza a educação e se utiliza o nível de instrução e a capacidade intelectual como forma de separar “cultos” e “incultos”. A legitimação da superioridade das “faculdades intelectuais” reforça a inferioridade da mulher, na medida em que se considera haver uma capacidade “natural” no homem para as atividades intelectuais e na mulher para as atividades domésticas. A educação também foi regulada, diferenciando-se das formas mais antigas em que os pobres educavam-se na puberdade ou já na idade adulta, quando começavam a trabalhar como artífice ou comerciante enquanto os ricos iniciavam a escolarização em casa. Crianças de diferentes idades assistiam aulas todas juntas, ingressando depois de mais velhas em colégios religiosos e daí prosseguindo em uma carreira eclesiástica, ou saindo para cursar uma universidade na Europa. O higienismo promove o que alguns filósofos e teóricos do aprendizado já apregoavam, ou seja, uma educação que, desde o início, se moldasse à idade dos alunos.

O professor passa a ter a função de dar o exemplo moral e, ao mesmo tempo, transmitir conteúdos educativos, devendo ensinar não pelo salário ou pela intenção de administrar conhecimentos, mas principalmente pela dignidade desta função de transmissão de valores. Ao ser justo, equilibrado, firme e ao manter uma “amabilidade respeitosa”, o professor poderia possibilitar uma regulação autônoma e automática nos espíritos das crianças. Percebemos nesta visão o germe de concepções posteriores calcadas numa aprendizagem que se dá “naturalmente”, de acordo com as etapas de maturação biológica do indivíduo.

É importante ressaltar que os progressos científicos trazidos pela prática médica, numa tentativa de organização da sociedade em função de um bem comum, trouxeram inegáveis benefícios à vida dos indivíduos. Contudo, esses novos valores, em meio a uma prática política com interesse de intervenção social, especialmente no caso do Brasil que, como já foi apontado, funciona combinando ideais liberais e o personalismo, novos modelos sociais e a antiga ideologia da elite agrária acabam por ser utilizados como mecanismo de controle social e dominação política. Costa (1979) acentua que este caráter político-social fica oculto e não é problematizado, assim como não é problematizada a necessidade da constante presença de intervenções médicas, pois há sempre algo que precisa ser corrigido ou tratado. Isto porque, segundo o autor, “Na família burguesa, os pais jamais estão seguros do que sentem ou fazem com as suas crianças. Nunca sabem se estão agindo certo ou errado. Os especialistas estão sempre ao lado, revelando excessos e deficiências do amor paterno e

materno” (COSTA ,1979, p.15).

Lima (2005, citando Chistopher Lash, 1991) aponta o quanto esta aproximação entre ciência e capitalismo produz efeitos no cotidiano e nas relações, como é o caso do esvaziamento das funções parentais de cuidado dos filhos e sua apropriação técnica pelos profissionais de saúde e da escola. A casa se transforma em um refúgio, um lugar de descanso para os indivíduos auto-centrados e confiantes, adequados ao mercado competitivo, “que exige adiamento da recompensa, acumulação e previsão racional”(LIMA, 2005, p.36). O prestígio da intimidade e da privacidade individual e doméstica deveriam ser o ganho da dedicação no trabalho, mas, no fim do séc. XIX, nos Estados Unidos, a crise na “configuração familiar burguesa” se reflete no número de divórcios e na queda nas taxas de natalidade, o que fortalece o discurso do fracasso familiar, trazendo mais dependência dos profissionais de saúde. De acordo com o Lima(2005),

As agências de reprodução social e seus profissionais tomaram para si a tarefa de produzir e acumular o conhecimento sobre os cuidados com os filhos e com o lar, convencendo os pais a confiarem em sua ciência... os médicos ocuparam a liderança da tarefa de supervisionar e intervir em outras famílias, seja por ação direta, seja pela racionalidade de seu campo ter se transformado em referência simbólica de outros “agentes sociais” (p.37).

As famílias, portanto, são levadas a respeitar a “natureza” de seus filhos para que eles possam ser indivíduos adaptados à realidade do mundo, autônomos, livres, desgarrados de “dependências e filiações que lhe serão inúteis”(LIMA, 2005, p.41). No Brasil, a herança que os higienistas deixaram para os novos especialistas faz com que continuem a criar e recriar medidas de controle terapêutico que perpetuam esses ideais de autonomia, paradoxalmente, recriando a dependência dos profissionais. Percebendo a desestruturação familiar dos tempos atuais como um fato social, a maneira como seu discurso é legitimado e as práticas que dele advém são vistas como componentes desta construção. Isto se torna um movimento circular, já que a “fragilidade” dos indivíduos é tida como prova de que novos mecanismos de normatização e controle da saúde precisam ser criados. E o resultado, segundo Costa (1979), é uma “despolitização do cotidiano”, já que as preocupações, nos tempos atuais, se referem ao corpo, ao sexo e ao intimismo psicológico, o que é conveniente numa sociedade de consumo.

O ensino médico, atendendo a interesses conflitantes ao longo da formação do Estado brasileiro reflete este contexto de reformulação e sedimentação de traços identitários na

profissão e na cultura.

3. A IMPORTÂNCIA DO DISCURSO MÉDICO-CIENTÍFICO QUE LEGITIMA A AUTORIDADE MÉDICA: INFLUÊNCIAS EUROPÉIA E NORTE-AMERICANA NA SAÚDE PÚBLICA, NO ENSINO MÉDICO E NO DESENVOLVIMENTO DO CAPITALISMO NO BRASIL

3.1. Século XIX: as escolas médicas, os hospitais, a ciência e suas relações com o Estado em formação

No início do séc. XIX são inauguradas as primeiras escolas médicas brasileiras por D. João VI nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro, dependências antes ocupadas pelos jesuítas (COSTA JUNIOR, 2005, p.20). Os cursos tiveram como elementos norteadores a moral cristã, inclusive com sacerdotes sendo docentes, o que colaborou para que, até hoje, a prática médica seja vista por muitos como “sacerdócio”. De acordo com Edler (2002,2004), em 1832, as academias médico-cirúrgicas foram transformadas nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, seguindo o modelo francês, que preconizava um ensino realizado por meio de trabalho e pesquisa no hospital, realizando uma “observação técnica” do corpo humano. Esta era uma orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829-35) que, através dos estudos da anatomoclínica e da higiene tinha o objetivo de produzir conhecimento sobre as patologias brasileiras e auxiliar o governo em relação à educação médica, à “polícia higienista” e à saúde pública, tal como a Academia de Medicina de Paris. O enfraquecimento da influência dos antigos cirurgiões portugueses e daqueles formados nas antigas escolas médico-cirúrgicas se deu por uma disputa pelo poder dos novos médicos que se embasavam nos novos conhecimentos, rejeitando um legado “mais ou menos impressionista”(EDLER, 2002, p.364).

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro tornou-se mais tarde a Academia Imperial de Medicina, instituição médica brasileira mais importante até a década de 1860, que inaugura uma forte tradição “marcada pela figura do médico de família, que atuava ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista”(EDLER, 2002, p.364). Para o autor, apoiado nos registros de Sigaud, publicados na época, esta Academia obteve êxito no sentido de traduzir e atualizar a pauta higienista e anatomoclínica européias contemporâneas, tornando-se intérprete legítima da patologia brasileira, inclusive contrariando a opinião que atribuía à mistura das raças a produção de novas doenças inexistentes na patologia européia. Nas palavras do autor,

Diante das questões consagradas pelas autoridades da geografia médica naquela quadra, os médicos brasileiros apresentaram respostas originais, algumas das quais se opunham a velhos estigmas amparados em determinismos raciais e climáticos. A condenação dos costumes europeus, importados indiscriminadamente, e a apresentação de um receituário higiênico adaptado às novas condições climáticas, visando a um ajuste saudável, deve ser interpretado como um trunfo a ser creditado aos médicos nacionais, em seu esforço de revisão dos tratados europeus de patologia e higiene (EDLER,2002, p.367).

Neste aspecto, há que se ressaltar também a importância da Escola Tropicalista Baiana que, na metade do século XIX, “inicialmente fora do ambiente institucional, ajudou a disseminar novas idéias sobre saúde e doença no Brasil, tornando-se conhecida por seus trabalhos sobre beribéri, ancilostomíase, filariose e ainhum, doenças associadas ao clima tropical” (EDLER,2002,361). No entanto, sobre esta escola são contraditórias as opiniões já que, de acordo com estudo de Oliveira (1983), citado por Nunes (2000), a Escola Tropicalista teve um caráter inovador divulgando o modelo anglo-germânico que se baseava no método experimental, utilizando o microscópio, a estatística e a anatomia patológica (NUNES, 2000, p.257). Embora a influência do método experimental traduza a idéia do “novo” isto não retira, a nosso ver, o caráter original e brasileiro dos conhecimentos produzidos.

No entanto, os médicos, no campo político, não conseguiam centralizar o poder de polícia no campo da saúde, tendo neste momento um poder mais consultivo do que administrativo. De acordo com Edler(2002), por exemplo, a criação de uma Junta Central de Higiene Pública, em 1850, não representou o ápice do poder político dos higienistas brasileiros, como acreditam alguns historiadores. Para o autor, a criação da Junta subordinou as ações oficiais no campo da saúde pública e da “polícia médica” a uma pauta política e administrativa mais geral, esvaziando o poder da Academia e gerando queixas por parte de acadêmicos e da imprensa médica independente, na Corte e na Bahia, até as reformas do ensino e da saúde pública .

A fisiologia experimental, a patologia celular, a parasitologia e a bacteriologia, nascidas no paradigma das ciências modernas, vêm questionar e, aos poucos, substituir a hegemonia de uma medicina mais empírica, que se baseava “na observação e não na experimentação, no registro lógico, mas não na metodologia científica” (SCLIAR, 2002, p.57) Estas ciências, apesar de concorrerem, segundo alguns historiadores citados por Edler (2002), para uma legitimidade científica, por serem, umas mais do que outras, vinculadas à prática experimental do laboratório, caminham no mesmo sentido de distanciar a medicina da “arte”

para aproximá-la da ciência. Nunca, no entanto, tiveram existência pura, havendo uma maior ou menor interpenetração entre elas nos diversos espaços acadêmicos e momentos históricos. De acordo com Edler (2002), o período oitocentista brasileiro foi marcado “ pela disputa entre três démarches sociocognitivas distintas: a anatomoclínica, a topografia médica e a medicina experimental”. A primeira, em sua versão brasileira, teve como espaço institucional o hospital. A segunda, chamada de medicina de gabinete pelo uso do método estatístico, ligada ao higienismo e, posteriormente, à saúde pública, “foi sendo assimilada com reservas, ainda na primeira metade do Novecentos” (EDLER, 2002, p.359). Já a medicina de laboratório, desafia diretamente

A forma de produção do saber médico e as instituições que até então serviam para validá-lo e arbitrá-lo: a bancada, a cobaia, o cadinho e o microscópio deveriam substituir respectivamente o leito, o paciente, o tato clínico e o estetoscópio. Nesse confronto em que a bancada foi mobilizada contra o leito, procurou-se redefinir o espaço e as regras de produção dos conhecimentos médicos, bem como a hierarquia de competências (grifo nosso) no processo de sua validação. Ciência teria significações diversas para diferentes grupos praticantes da medicina acadêmica, ao longo daquele período (EDLER, 2002, p.359).

Os estudos experimentais de origem alemã modificam o modo como a pesquisa de base anatomoclínica era feita, instaurando, contudo, uma clivagem entre a autoridade “do hospital” e a autoridade “acadêmica” (EDLER, 2004, citando Bonner, 1995). A importância dada ao caráter biológico das doenças também na implementação de ações como imunizações e controle de agentes transmissores, no controle de epidemias e de doenças endêmicas, a partir do surgimento da bacteriologia, afirma a primazia das causas biológicas das doenças e da busca do agente etiológico. A bacteriologia promove uma verdadeira revolução com a possibilidade de detecção e eliminação das doenças, o que passa a justificar uma intervenção nos corpos, tanto a nível privado como de massas populacionais. Para o Estado brasileiro, a formação médica deveria privilegiar o aspecto epidemiológico, a fim de que a prática médica cada vez mais pudesse ser associada a este modelo de ciência, se opondo à prática de clientelas privadas, e também ao cunho assistencialista associado anteriormente às instituições terapêutico-assistenciais. Apesar das iniciativas citadas anteriormente, como a Escola Tropicalista, o experimentalismo, só a partir do século XX, veio a ter uma maior influência nos currículos médicos e práticas assistenciais, como veremos em momento posterior.

3.2.A Medicina dos ricos e a medicina dos pobres

Segundo Cruz (2004), durante praticamente todo o século XIX no Brasil, o campo médico se organiza disputando um mercado de serviços de cura e a classe médica que se formava atuava em diversas frentes. Para as elites agro-cafeeiras regionais e para a burguesia emergente, “ansiosas para consumir as novidades européias, símbolo de distinção social”, continuava-se a realizar as visitas em domicílio, sendo implantadas as Casas de Saúde, constituídas por associações de médicos, clínicos e cirurgiões que adaptavam chácaras e palacetes para realizarem internações e consultas, o que representava uma mudança na prática médica brasileira (CRUZ, 2004, p.8). Nas Casas de Saúde, passavam a utilizar novos recursos diagnósticos como a percussão, a ausculta, o estetoscópio e novas práticas cirúrgicas, com o advento da anestesia. Segundo Foucault (1979), na Europa, desde o séc. XVIII, o hospital já se transformara de local de assistência - em que a doença era um dos elementos que legitimava sua existência, sendo igualmente importantes “a enfermidade, a idade, a impossibilidade de encontrar trabalho, a ausência de cuidados”- em local de tratamento, de cura, “deslocando os procedimentos mistos de assistência” e constituindo-se também como local “de registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 1979, p.197). De acordo com o autor, o “grande médico”, anteriormente, não aparecia no hospital; ele fazia visitas domiciliares e tinha seu prestígio e reconhecimento “graças a certo número de curas espetaculares” (FOUCAULT, 1979, p.110). A instituição nos hospitais dos rituais de visitas, o registro cotidiano da “tradição viva” nos prontuários dos doentes, transforma o hospital em local privilegiado para se observar o indivíduo, isolando-o. Mas, no lastro dos progressos científicos da medicina de laboratório e de uma melhor capacidade de diagnosticar, o espaço e a função do hospital e do médico novamente precisavam se modificar.

O pólo privado da saúde também influenciava o ensino médico, o que se dá de forma mais representativa a partir da década de 1860, quando algumas sociedades e periódicos médicos rompem com o monopólio dos periódicos médicos oficiais da Academia de Medicina. Com a publicação da Lei do Ensino Livre (1879), abre-se espaço para a iniciativa privada organizar espaços de ensino.

Aos poucos, no Brasil, ganham força os interesses liberais, defendidos pelos grupos republicanos. Com a Abolição da Escravatura, por pressão do mercado internacional, há uma ruptura com as elites cafeicultoras, que têm que aceitar a intervenção governamental da política de incentivo à imigração de trabalhadores livres europeus, principalmente no interior

paulista para as lavouras cafeeiras. Intensifica-se o crescimento das cidades e do mercado consumidor.

O início da especialização da medicina (pediatria, obstetrícia, oftalmologia, moléstias contagiosas, doenças de vias urinárias, doenças de pele e sifilíticas, entre outras) é uma estratégia encontrada pelos médicos para ganhar maior eficácia nas suas práticas de cura e conseqüentemente, maior legitimidade em sua profissionalização. Há neste momento, para Cruz (2004, citando Santos Filho, 1980) uma ampliação do mercado privado liberal, que se caracteriza por uma autonomia em relação ao Estado. O aumento da legitimidade da autoridade exercida pela categoria médica, nesta frente, se caracteriza pela cientifização crescente da prática médica, construída com base numa “*crença* de que só a profissionalização poderia oferecer à sociedade *produtos* (grifo nosso) ‘diferenciados e qualificados’ capazes de atender a necessidade social que gera este campo de serviços” (CRUZ, 2004, p.8). O uso do termo “produtos” caracteriza uma definição mais clara de um mercado ao qual está atrelado um campo de práticas profissionais na saúde, no qual as práticas de cura deveriam ser exercidas por profissionais, “e não pelos demais, que eram profanos, charlatões, desqualificados para a concorrência” (CRUZ, 2004, p.8). A diminuição de óbitos nas cirurgias e outras conquistas do conhecimento médico aplicado, trouxeram um aumento da credibilidade na medicina, e os cidadãos, cada vez mais, alimentavam sua crença na ciência e no mercado atrelado a ela. Sendo melhores os produtos, mais as pessoas queriam consumi-los, contudo, nem todos tinham o mesmo acesso a eles. Aciole (2003) ressalta, no entanto, que o mercado da saúde não era um mercado comum; os profissionais não podiam alardear as vantagens de seus produtos, mas, ao contrário, precisavam dar aos consumidores a liberdade de escolha. Para o autor, esta sensação “refrescante” de liberdade que deve ser dada ao consumidor é a bandeira do modelo que “seguirá durante muito tempo constituindo o cerne do imaginário que se abriga no corpo dos agentes do trabalho médico, e que o desenvolvimento científico e tecnológico dos séculos seguintes, só fará mais e mais refinar” (ACIOLE, 2003, p.107). O autor ressalta ainda que a vinculação da medicina com a estrutura econômica capitalista conduz sua adesão à prática liberal, atuando numa dimensão estritamente biológica do cuidado.

Já o desenvolvimento da corrente que anteriormente chamamos de “medicina de gabinete” é uma forma de atender as necessidades do Estado nacional. No fim do século XIX e início do XX, todo o continente americano sofria epidemias de cólera, varíola, malária e febre amarela que, segundo Cruz (2004, citando Lima,1983), ameaçavam a expansão do sistema capitalista mundial, fazendo com que a pressão sobre os países latino-americanos

aumentasse. A grande demanda social que se constitui é atribuída, no Brasil e nestes países, ao grande aumento do número de pessoas nas cidades. A mobilização de uma intervenção mais efetiva do Estado que se concretiza com base principalmente na saúde pública, se deve a estas epidemias, que trouxeram grandes prejuízos à economia agro-exportadora. O saneamento das cidades e portos brasileiros deveria ser efetivado pela Junta Central de Higiene, Provedorias Estatais de Higiene Pública e Enfermarias para o Controle de Epidemias. Segundo Cruz (2004), em 1846, é instituída a obrigatoriedade da vacina contra a varíola. A autoridade médica no pólo estatal não é legitimada do mesmo modo que no pólo privado, pelo caráter coercitivo claro das soluções encontradas, que provocam a hostilidade da população, o que é exemplificado pela revolta da vacina, que ocorre em 1904 (CRUZ, 2004; ACIOLE, 2003; SCLiar, 2003).

A saúde, claramente dividida nos pólos estatal e privado, se depara com o que, para Hochman(1993, citando Swaan,1990), se constitui como o "paradigma da interdependência", pois a epidemia de massa, especialmente a do cólera, trouxe “efeitos externos das adversidades individuais que alcançam toda a sociedade e da incerteza quanto à eficácia de qualquer solução individual e localizada” (HOCHMAN, 1993, p.5). Estas passam a ser entendidas como "mal público", atingindo ricos e pobres, e mostrando às elites a necessidade de “cuidado” para os pobres, com a criação de organizações e políticas. O conceito de “interdependência social” é o embrião da idéia de Estado de bem-estar social.

Já foi ressaltada no capítulo 2 a influência desta vertente da medicina para a formação da identidade nacional, bem como a força do discurso médico, que dita as novas regras de vida nas cidades em formação e da prática que cuida da massa populacional. No entanto, é preciso refletir sobre o viés “impositivo” de algumas medidas, que agem em paralelo com medidas mais sutis. Neste contexto, é exemplar, de acordo com Scliar(2003), a figura de Osvaldo Cruz, que, ocupa um cargo na Junta e posteriormente dirige o departamento Nacional de Saúde. As ações efetuadas como “campanhas” (termo usado inicialmente pelos militares, o que, para o autor, traz um caráter organizado porém autoritário) trazem a influência médica militar norte-americana, com pagamento à população por rato morto, atribuindo às brigadas mata-mosquitos o poder de entrar nas casas e demolir “pardieiros”. Para Nunes (2000, citando Costa,1985) o projeto científico de Osvaldo Cruz também era um projeto político, ocorrendo no período de 1918 a 1924 a institucionalização e rotinização de medidas sanitárias (NUNES, 2000, p. 258). Luz (2000) acrescenta que o modelo campanhista propõe uma intervenção baseada “na *força da autoridade* e isto, no caso da intervenção médica, significa *autoridade da competência*” (grifo nosso) (p.298). Isto implica

numa falta de diálogo com aqueles julgados incompetentes ou ignorantes, algo que embasa este modelo da ordem sanitária brasileira no início do século XX, que é “autoritário: unitário, vertical, centralista, concentrador de poder, característico da jovem república em constituição”(LUZ, 2000, p.298).

Nunes (2000) ressalta, desta vez citando Brodstein (1984), que a tuberculose, primeira causa de morte de 1890 a 1934, é deixada de lado em nome das doenças epidêmicas, a que Oswaldo Cruz e, mais tarde, Carlos Chagas, se dedicam, o que demonstra a diferença de objetivo em relação a uma medicina com interesses mais voltados para a clínica (NUNES, 2000, p. 258).

Portanto, tanto a medicina “privada” quanto a “pública” buscavam a definição de uma identidade profissional nitidamente vinculada à ciência, mas seu uso começa a ser diferenciado em mais “clínico-individual” ou mais “preventivo- para as massas”, tendo os grupos vinculados a estas frentes objetos e objetivos diferentes em sua prática e nas ciências em que se apóiam. Estas frentes, no entanto, coexistiam, o que, como já foi mencionado, é frequente na cultura brasileira⁶. Para Aciole (2003), não casualmente, a medicina se desenvolve de forma cada vez mais complexa, capaz de esquadriñar os corpos, paralelamente a um esquadriñamento social, a uma atomização da vida social, numa sociedade em que o modo de produção que começa a se desenvolver exige homens livres, em condições “reais” de escolha, singularizados e cidadãos capazes de aceitar e legitimar a intervenção do Estado sobre suas vidas. O autor, citando Braga & Paula(1981) e Oliveira & Teixeira(1989), afirma que o processo que situa em pólos distintos a Saúde Pública, que no Estado moderno passa a ter novas funções, e a medicina científica, com valores e ética vinculados ao mercado liberal, estabelece “trânsito e relações”, num “mix de interesses que confundem o público e o privado”(ACIOLE, 2003, p. 111). O cuidado, mesmo que individual, que se desenvolve a partir do crescimento do mercado de serviços médicos, organiza-se de modo a incidir sobre um grande número de indivíduos, sendo determinado pela ação de “mercadorias médico-farmacêuticas” e “equipamentos médico-científicos” que devem dar resultados numericamente significativos, traduzindo uma necessidade de “eficácia exponencial”. A força do discurso médico parece estar atrelada à capacidade de atender as múltiplas demandas através de sua prática diretamente vinculada à ciência, que passa a ser o saber legítimo que deveria substituir os saberes anteriores.

Para Cruz(2004), “É pela articulação entre os interesses médicos por monopólio com os

⁶ Ver no capítulo 1 a reflexão de Schwarz (1989) sobre o caráter imitativo, de convívio entre tendências e princípios incompatíveis, que é marcante na fundação de nossa sociedade e nossas instituições.

interesses do Estado por controle dos problemas de saúde relacionados à economia, com os interesses das oligarquias em consumir a medicina européia, que o *discurso da profissionalização* produz a *crença* de que somente a medicina moderna poderia oferecer os melhores serviços em termos de cura” (*Grifo nosso*) (CRUZ, 2004, p.8) . A medicina cresce, portanto, nesta negociação, pois é simbolicamente a representante desta “*crença*” que se produz sobre o progresso que a ciência deveria trazer para a vida das pessoas na sociedade moderna, quer isto se refira ao discurso biologicista estrito, baseado nas ciências biológicas, quer ao discurso da saúde pública que, além das referências biológicas, se baseia também em estudos epidemiológicos e nas em ciências sociais.

Podemos entender, ainda, com base nos estudos de Pereira-Neto (1995, 2000), que a crise de redefinição das bases cognitiva e do mercado de serviços de assistência médica que ocorre do final do séc. XIX até a metade do séc. XX proporciona uma mudança nos aspectos identitários predominantes em relação ao profissional de medicina. Características como a subjetividade, a sensibilidade para ver o todo, as habilidades práticas e uma autoridade legitimada na relação médico-paciente a partir da confiança e da intimidade vão sendo substituídas pela objetividade, especialização, conhecimento com base na experimentação, neutralidade e impessoalidade na relação médico-paciente e pela autoridade legitimada pelo conhecimento científico. O ensino médico brasileiro se adapta às influências de escolas estrangeiras e ao contexto social, redefinindo currículos e formas de descrever o perfil dos médicos que se deveria formar.

3.3. A Fundação Rockefeller, a Reforma Flexner e as mudanças na saúde e no ensino médico brasileiros

No Brasil, o debate sobre as diretrizes político-pedagógicas da formação médica, assim como sobre o tipo de universidade que se instituiria no país, trazia elementos de influência francesa e elementos de influência norte-americana. Segundo Bulcão, El-Kareh e Sayd (2007) e Cruz (2004) um decreto de 1915 “que permitia reunir em universidade a Escola Politécnica e a Escola de Medicina do Rio de Janeiro, a elas incorporou uma das faculdades livres de Direito e instituiu a primeira universidade brasileira no Rio de Janeiro” (BULCÃO E COLS, 2007, p. 476).

No final dos anos de 1920, o que caracterizava o ensino superior em suas diretrizes era a relação entre a produção do conhecimento científico, através da pesquisa, e o ensino propriamente dito, devendo-se priorizar a orientação técnica, de aplicação da ciência à vida

prática, e a científica, de investigação e contribuição para o avanço da ciência, mediante os métodos experimentais e lógicos. Contudo, a influência do modelo germânico de base experimental, que passa a ser hegemônica nos EUA, chega ao Brasil lentamente, determinando, a princípio, mudanças mais ideológicas do que práticas. O modelo alemão foi trazido pelos norte-americanos ao Brasil, com adaptações e alterações feitas para se adequar ao contexto norte-americano e depois refeitas no contexto brasileiro. Partilhamos da premissa de Edler (2004), de que os modelos médico-educacionais são idealizações reinterpretadas em cada contexto em que são utilizados, expressando arranjos políticos que o originaram e que se incorporam a eles a partir de sua expansão. O que este autor aponta, no entanto, é que nos próprios contextos de origem, a transformação do professor em pesquisador, e da estrutura de cátedra em estrutura departamental, não foi simples, pois os professores alemães obedeciam a uma rígida hierarquia. O modelo necessitava, por exemplo, que o catedrático dividisse poderes com outros professores para formar um departamento. Também nos EUA havia resistência aos “ataques da nova geração” (EDLER, 2004, p.574).

Então, as inovações não eram importadas ou exportadas por inteiro. Com relação ao ensino médico brasileiro, decidiu-se que “os pesquisadores pertenceriam aos respectivos corpos docentes, mas com obrigações didáticas reduzidas, de modo que elas não perturbassem seus trabalhos originais, e com remuneração suficiente para que pudessem dedicar todo o seu tempo a esse trabalho” (BULCÃO E COLS, 2007, p.479). Além disso, como aponta Edler (2004 citando Ben-David, 1994) era necessário

Tornar possível a pesquisa como uma carreira, sem depender da riqueza pessoal ou de patronos ricos; o correspondente desejo de possuir status e reconhecimento a partir da própria carreira científica, e não pelas profissões tradicionais; a autonomia do sistema educacional, a fim de incorporar novos caminhos de pesquisa; a importância central da investigação em laboratório (p.572).

Estas proposições, contudo, constituíam-se mais em intenções do que em realizações, pois não havia grande investimento por parte do Estado ou da iniciativa privada nas universidades ou na pesquisa e, então estas não contribuíam de forma significativa para a produção do conhecimento, precisando importá-lo, acabando por produzir grandes “letores”, conhecedores da bibliografia universal mas pouco produtivos em pesquisa. Desta forma, se constituía uma classe médica com uma ética própria. Especialmente os professores médicos tinham grande status e prestígio e criavam “um sistema de valores e atributos que

influenciavam e direcionavam práticas e comportamentos dos profissionais” (BULCÃO E COLS, 2007, p. 480). Bases científicas e experimentais passaram paulatinamente a aparecer no ensino médico.⁷

Nos primeiros anos do século XX se desenvolveram largamente o assessoramento de instituições e técnicas americanas aos programas de saúde pública de diversos países e o intercâmbio científico entre centros de pesquisa, fundações privadas americanas e instituições de saúde pública da América Latina, como, por exemplo, o instituto Manguinhos no Rio de Janeiro. As agências internacionais neste momento passam a desfrutar de crescente influência na adoção de medidas administrativo-sanitárias de controle. Nos Estados Unidos, os avanços científicos refletiam o grande desenvolvimento econômico do país, sendo feitos grandes investimentos no campo da pesquisa pura e aplicada, que aceleravam transformações sociais, juntamente com a conquista definitiva do Oeste, a abolição da escravidão e a Guerra de Secessão, o que, segundo Bulcão, El-Kareh e Sayd (2007), foram condições necessárias para que naquele país, ainda no final do século XIX, “a profissão médica ganhasse coesão e alcançasse sucesso quanto às suas reivindicações” (BULCÃO E COLS, 2007, p. 481). Há uma expansão do ensino superior, principalmente através dos *Colleges* e as escolas médicas tinham currículos “prescritivos e tradicionais, nos quais os métodos da ciência moderna não tinham espaço”(COSTA JUNIOR, 2005, p.21).

A Fundação Rockefeller, organizada em 1913 como instituição privada norte-americana, atuando especialmente nos campos da educação e saúde é uma “agência internacional modeladora de valores, mentalidades e instituições” (BULCÃO E COLS, 2007, p.483) e, desta forma, grande responsável pela transmissão da cultura norte-americana. Esta Fundação se vinculava à profunda mudança da educação médica iniciada nos Estados Unidos no início do século XX, a chamada Reforma Flexner, decorrente de um relatório sobre a qualidade do ensino médico que propôs a redução de 50% das escolas médicas nos EUA. Flexner questiona os baixos padrões de ingresso dos *Colleges*, mais preocupados com ganhos comerciais do que com a boa formação, a partir de idéias trazidas do modelo experimental alemão. Esta influência, juntamente com a preocupação em se enfatizar no ensino habilidades úteis, mais relacionadas ao pensamento liberal norte-americano, produz uma proposta de avaliação do ensino médico e uma conseqüente prescrição de novos valores

7 Alguns autores pesquisados, no entanto, divergem do fato de que a tendência experimental tenha chegado aos currículos médicos brasileiros somente depois da reforma Flexner, motivada pela influência norte-americana. De acordo com Cruz(2004) e Edler e Fonseca (2002), por exemplo, a Reforma Sabóia (1882) tinha como base o modelo germânico e pregava o ensino prático e livre, e a Escola Tropicalista já mencionada são anteriores a reforma Flexner.

e práticas, a começar pela contratação e capacitação de docentes mais vinculados ao trabalho de pesquisa e ao ensino clínico. Esta reforma curricular estimula, portanto, uma padronização dos currículos médicos que deveria estar centrado no ensino das disciplinas biológicas e nas práticas de laboratório, incorporando-se o método científico à prática clínica. Era recomendado o sistema de tempo integral e de dedicação exclusiva em algumas cátedras, devendo os professores de ciências básicas e os de ensino clínico ser especializados e dedicar-se exclusivamente ao ensino e à pesquisa. Flexner acreditava que o médico deveria ter a mesma postura do cientista, “tendo a doença como objeto de investigação”. Ele deveria aplicar os conhecimentos das ciências biológicas na clínica, “além das habilidades adquiridas na prática em laboratórios”, pois se acreditava que “o estudante se apropria da disciplina e do método científico, praticando-o” (BULCÃO E COLS, 2007, p.485 citando Ferreira, 1999). A capacitação dos professores, portanto, deveria se dar no sentido de uma “qualificação científica, deixando de lado valores como o conhecimento didático” (COSTA JUNIOR, 2005, p25). Para Pereira-Neto (2001), a história da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, fundada em 1912, é um exemplo da grande influência flexneriana no ensino médico no Brasil. A instituição passa por uma reforma em 1924 no que diz respeito à organização do ensino, “para adequá-lo às prerrogativas condicionantes do auxílio financeiro recebido da Fundação Rockefeller com a finalidade de ampliar as instalações da faculdade” (PEREIRA-NETO, 2001, p.45).

Para analisar as mudanças na profissão médica que são promovidas no Brasil a partir do século XX, Pereira-Neto (1995) toma como referência documentos de um Congresso médico ocorrido em 1922, o “Congresso Nacional dos Práticos”, que pretendia organizar as reações dos médicos às novas condições de seu trabalho. A especialização trazia mudanças nas bases cognitivas da profissão que abandonava gradativamente as teorias miasmáticas e com elas a subjetividade, a sensibilidade, a intuição e a relação individualizada do clínico geral, dando lugar a tecnologias diagnósticas mais especializadas e a uma atuação vinculada ao conhecimento de áreas do corpo. As mudanças no conhecimento eram acompanhadas de uma nova forma de organização do mercado de trabalho com a intermediação de instituições públicas ou filantrópicas, necessárias inclusive pelos altos custos das tecnologias desenvolvidas para o diagnóstico, levando à despersonalização da relação médico-paciente. Por outro lado, o crescimento da medicina preventiva, relacionada à higiene pública, e da assistência previdenciária, voltada para o cuidado das coletividades, ressaltava o caráter não individualizado, diferente do modelo tradicional de cuidado médico. As disputas no Congresso dos Práticos giravam em torno de três perfis de práticas médicas, identificadas

pelo autor como generalista, especialista e higienista. Pereira-Neto (1995) se refere à tendência em defender uma conduta médica orientada pela prática curativa e liberal e uma divergência na defesa de estratégias para a manutenção do mercado e a autonomia. No entanto, em 1922, o perfil generalista já entrava em declínio devido ao aumento do trabalho assalariado promovido pelo Estado. Mesmo com alguma homogeneidade de objetivos no que se refere à autonomia profissional e à busca por cientificidade, as estratégias de afirmação profissional eram distintas e havia um conflito de projetos.

Contudo, ao longo do século XX, a construção social do estatuto das profissões no Brasil passa a ter uma influência cada vez maior do modelo norte-americano, baseado no monopólio, unificação e restrição do campo de produção dos serviços de cura (CRUZ, 2004; PEREIRA-NETO, 2001; FELLICIELLO, 2001). Moreira (1999) ressalta que a constituição de diferentes identidades profissionais, que começa no final do século passado, sofre o impacto do crescimento do Estado na área de saúde. Com a formação de uma verdadeira ‘conexão sanitária internacional’, os Estados Unidos se afirmavam como líderes na exportação da higiene e da saúde pública, “como pilares de um capitalismo industrial cuja vitalidade dependia da reconstrução das nações/mercados no pós-guerra e do aumento da qualidade e quantidade da força de trabalho disponível” (MOREIRA, 1999, p.622).

A depressão econômica dos anos de 1930 e a Segunda Guerra Mundial produziram no Brasil a crise do mercado do café, sendo deslocados capitais acumulados no período anterior para a indústria. Isto contribuiu para o desenvolvimento de uma burguesia industrial e de um proletariado urbano e para a ascensão de novas classes sociais representadas basicamente pelo pessoal administrativo, militar e os profissionais liberais. Para Bulcão, El-Kareh e Sayd (2007), o Estatuto das Universidades Brasileiras, instituído no período pós-revolucionário, determinava que se deveria investir na realização de pesquisas originais. Em 1931, é sancionada a lei de reformulação do ensino superior (conhecida como Reforma Francisco de Campos), que enfatizava que a universidade deveria ocupar-se da pesquisa. Nos anos de 1940 e 1950, o grande volume de capital e a tecnologia chegou à universidade e muitos professores receberam bolsas de estudos em universidades americanas. Os mesmos autores ressaltam que, no governo Vargas, a Fundação Rockefeller tinha acesso direto ao ministro da Educação, Gustavo Capanema, e a diminuição de investimento de capital europeu foi sucedida por um aumento do investimento de capital norte-americano (BULCÃO E COLS, 2007, p.484).

A partir da segunda década do século XX, a referência internacional sobre o ensino médico passa gradativamente a ser o Relatório Flexner, que enaltece a perspectiva

cientificista experimental em oposição à tradição dos generalistas, que passa a ser vista como empírica. Com a instalação progressiva das indústrias multinacionais de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, aumenta a influência dos E.U.A. no ocidente e na América Latina, e a Educação Médica, também no Brasil, passa a se definitivamente um espaço de intervenção internacional. Nesse sentido, os EUA adotam várias estratégias, dentre as quais se destaca a realização de Encontros ou Seminários de Educação Médica, promovidos por organizações nacionais e internacionais, o financiamento para estudos e pesquisas, reformas curriculares e adoção experimental de modelos de ensino, concedido por fundações privadas americanas, como a Fundação Rockefeller, a Kellog, a Milbank, a Ford e outras instituições, como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e organizações de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Federação Pan-americana de saúde (CRUZ, 2004, p.58).

O saber tornava-se cada vez mais dividido, o que se refletia no tipo de profissional que acabava por se formar, ou seja, o especialista. O currículo das faculdades incorporou disciplinas correspondentes às especialidades médicas, sendo que o foco do curso se centrava nas “ disciplinas que o habilitam ao exercício policlínico”, já que a formação médica também deveria se adequar aos projetos do governo Vargas de ampliar a assistência médica no país. Portanto, o médico que saía da escola, deveria minimamente ser capaz de identificar a doença para encaminhar o paciente aos especialistas (BULCÃO E COLS, 2007, p.476) .

O ensino das disciplinas especializadas “consagradas” então foi reduzido a um semestre, sendo criados cursos de especialização para o seu aprofundamento. Segundo Campos (1931, em Bulcão e cols 2007), nesta nova perspectiva “os interesses superiores da vida humana não podem prescindir da intervenção de alta competência em determinados casos patológicos, de especialidades médicas, competência que só poderá ser adquirida, atualmente, em estudo e tirocínio especializado” (p.476). Os professores especialistas passam a ser supervalorizados e “hierarquizados segundo o nível de seu saber específico – catedráticos, docentes-livres e auxiliares de ensino –, reunindo até mesmo profissionais estranhos ao corpo docente das faculdades, quando fossem possuidores ‘de alto saber e larga experiência’” (BULCÃO E COLS, 2007, p.477). As mudanças curriculares obedeciam à idéia da prevalência do saber prático sobre o teórico, mas, paradoxalmente, o grande investimento em pesquisa passa a se fazer nas ciências naturais, entendidas como “básicas” no “estudo desinteressado” e experimental, que deveria embasar a clínica no sentido de que o

diagnóstico se voltasse para o “encontro da verdade”. A intervenção da Fundação Rockefeller determinava que o ensino médico, ao mesmo tempo, formasse “*homens de ciência*” e também homens que fossem capazes de dar uma solução “racional” para os problemas, sendo o status social e o prestígio atribuídos a estes homens algo como uma “*divinização*”, que se relacionava à importância que passava a ser dada à ciência (BULCÃO E COLS, 2007, p.485). De acordo com Cruz (2004), a assistência médica, também seguindo o modelo norte-americano, se organiza em grandes hospitais (modelo hospitalocêntrico), com agregação de tecnologia, materiais médico-hospitalares e medicamentos, atendendo à crescente indústria farmacêutica.

Segundo Bulcão e cols (2007, citando Ferreira,1999), em 1927 surgia o Sindicato Médico Brasileiro, a partir da década de 1930 implantou-se a regulamentação da medicina no Brasil e em 1945 deu-se a criação dos conselhos profissionais. Os autores afirmam que “de 1930 a 1950 assistiu-se à ascensão da atenção médica individual, havendo subsídios para a construção de hospitais e centros de saúde” (BULCÃO E COLS, 2007, p. 475). Citando Schraiber (1993), esses autores entendem que,

No final dos anos 50, ser especialista e incorporar tecnologia material eram elementos importantes para diferenciação da prática profissional, a qual passaria a ser mais valorizada em detrimento da experiência clínica. Os critérios de valor deslocaram-se para os especialistas, os médicos novos e atualizados, para a habilidade técnica, o hospital e seus equipamentos e para a empresa médica. Os profissionais médicos viram-se, assim, compelidos a reformular sua prática rumo a uma medicina tecnológica, isto é, a atualizar-se em relação ao desenvolvimento científico-tecnológico. Desenvolveram uma readaptação do ato técnico, empreendendo ações com maior utilização dos recursos diagnósticos, utilização dos medicamentos industrializados, hospitalização, recurso a especialistas e outros serviços técnicos. (BULCÃO E COLS, 2007, p.475)

Assim, para captar e manter clientes, os médicos incorporaram avanços diagnósticos e terapêuticos. Por sua vez, os clientes passaram a ser menos “pacientes”, tornando-se consumidores mais exigentes em relação ao uso de novas técnicas. Novas modalidades de captação da clientela e novos padrões de organização de serviços, como a livre escolha do paciente e o atendimento médico privatizado foram instituídos bem como a defesa do estabelecimento de pagamento tabelado a médicos escolhidos por seus pacientes (BULCÃO E COLS, 2007, p.475).

A intervenção do Estado na assistência médica era atacada pelos profissionais do “pólo privado”, que tinham um ponto de vista liberal, já que, isolados ou em grupos, não poderiam competir com os institutos e caixas. Segundo Almeida (1997),

A expansão do papel do Estado na área da saúde, sobretudo no pós-guerra, significou, para os seus defensores, a responsabilização do Estado pela garantia do acesso aos serviços como um direito de cidadania e, para os seus oponentes, a expropriação da responsabilidade individual pela própria saúde, uma enorme drenagem de recursos e um sério impedimento(ou restrição) ao pleno funcionamento do mercado privado no setor (p.660)

De acordo com Scliar (2003), em 1946 surge a Organização Mundial de Saúde, que reconhecia o direito à saúde e preconizava que o Estado deveria cuidar de sua promoção e proteção. Esta organização, de caráter normativo, desenvolve campanhas de erradicação de doenças e, sob influência dos países socialistas, passa a discutir as desigualdades nas questões de saúde entre países desenvolvidos e sub-desenvolvidos.

Nos anos de 1950, a hegemonia norte-americana não se limitava à política e à economia, mas se estendia também “ aos hábitos de vida, produções culturais, técnicas e científicas e à educação, enfim, todas ‘as idéias produzidas naquele país e os modelos profissionais passam a ser paradigma para quase todo o mundo, em especial para os países da América Latina, levando-se em conta a proximidade geográfica’” (BULCÃO E COLS, 2007, p.476, citando Ferreira, 1999).

3.4. O mercado médico, a globalização e as novas propostas para a saúde

No ensino médico, a influência da Fundação Rockefeller em algumas universidades brasileiras era tal que se constituíram verdadeiras “gerações rockefellerianas”(BULCÃO E COLS, 2007, p.483). Segundo Franco (1996), entre 1950 e 1971, por orientação federal, foram criadas 59 faculdades de medicina seguindo este modelo, que favoreceu “a lógica do complexo médico -industrial” e a política de saúde do regime militar. Para Franco (1996) e Cruz (2004), influenciadas também pela taxionomia dos objetivos educacionais de Bloom, as escolas brasileiras já caminhavam num certo descompasso em relação às críticas que em 1950 eram feitas ao modelo flexneriano. As propostas de Medicina Integral, Medicina Comunitária e Atenção Primária à Saúde, nascidas nos Estados Unidos como tentativas de resolver problemas não previstos no modelo flexneriano, de maneira geral, buscavam o

aumento da cobertura da assistência médica acoplada à racionalização dos recursos. Alguns mecanismos internacionais difundiam estas propostas na América Latina (CRUZ, 2004, p.65). Cruz (2004) assim resume estas questões, com base no trabalho de Marsiglia (1985):

Podemos dizer que houve dois momentos de mudanças na escola médica nesse século; num primeiro momento, entre os anos 40 e 50, as escolas já existentes adequaram-se ao molde flexneriano e as novas escolas foram criadas sob inspiração do Relatório Flexner. Nesse bojo, foi realizada uma reestruturação dos hospitais filantrópicos utilizados para o ensino e também foram fundados os hospitais de clínicas juntos às novas faculdades. O segundo momento de mudanças ocorreu entre os anos 50 e 60, com a proliferação dos Departamentos de Medicina Preventiva na quase totalidade das escolas médicas da América Latina, reintrodução dos conhecimentos de higiene e de medidas de prevenção nos currículos médicos. Comparando-se estes dois momentos, os autores afirmam que as propostas dos anos 50/60 não tiveram o mesmo impacto na reestruturação do ensino médico daquelas que se fizeram nas décadas de 40 e 50 ocorridas sob os auspícios do Relatório Flexner nas áreas básicas e clínicas e da atenção individual (CRUZ,2004, p71/72).

No período da ditadura militar (1964-1984) houve uma centralização e concentração do poder institucional que intensificou essa tendência individualista, ressaltada pelo capitalismo, mas que, desde o início, estava presente em nosso Estado republicano. Com isso, segundo Luz (2000), constituiu-se “uma república de indivíduos” que buscam, na maioria das vezes, sua própria sobrevivência (LUZ, 2000, p.301). Nestes anos o mercado médico se expandiu consolidando formas capitalistas de produção de serviços de saúde que criam, inclusive, a dependência de um número cada vez maior de pessoas dos serviços prestados pelo Estado. De acordo com Cruz (2004) , neste período, a idéia de compra de serviços nos hospitais privados e de médicos credenciados por meio de um sistema de pagamento por ato médico, adotado pela Previdência, por um lado, aumentou a oferta de serviços mas, por outro, estruturou o processo de trabalho centrado no consumo de procedimentos. A complexidade dos atos médicos, com o uso de novos equipamentos médico hospitalares e o surgimento de novas técnicas, acarretou um grande aumento dos custos para se manter a assistência médica. Para a autora, além de ser caro, esse sistema de compra de serviços de terceiros, por um lado “estimula a realização de atos médicos desnecessários e os mais custosos possíveis, e por outro lado, dá margem a uma enorme diversidade de práticas de corrupção e falsidade ideológica” (CRUZ, 2004, p. 21)

As idéias mais vinculadas ao socialismo, que ganharam força anteriormente só foram

resgatadas mais recentemente, como é o caso do ideal de “Saúde para todos no ano 2000”, proposto na Declaração de Alma-Ata, que aponta que muitos são excluídos do usufruto dos benefícios trazidos pela ciência, e que reforça a idéia de que deve haver uma participação crescente da população nos debates sobre a saúde nos países da América Latina. No ensino, de acordo com Cruz (2004), a partir dos anos de 1970, nos EUA, um movimento de reforma, que ficou conhecido como Integração Docente Assistencial, “tentava responder à crise do setor saúde, representada pelo aumento da pressão social pelo acesso à assistência médica, pelos crescentes custos da assistência e pela escassez e inadequação dos recursos humanos necessários” (CRUZ, 2004, p.81). O ensino deveria alterar, assim, a preparação de profissionais para a saúde. Os projetos de reforma buscavam intervir na prática médica, aproximando as instituições de ensino das de prestação de serviços de saúde, envolvendo não mais somente o hospital. Entendendo que “os estudantes deveriam ter contato com o meio onde vive o paciente”, a comunidade passa a ser entendida “como laboratório”(CRUZ, 2004, p.81).

Algumas críticas podem ser feitas a estas novas propostas, pois as soluções apresentadas para os problemas de saúde da população são dadas muitas vezes criando-se novas práticas “campanhistas” e ressuscitando velhas práticas “preventivistas” que, por exemplo, passam a “mapear riscos” através de diversos fatores que, não contextualizados, dão a medida de uma possível ocorrência de anormalidades. As categorias nosológicas em que são enquadrados os padrões de comportamento têm base em aspectos biológicos, dando legitimidade e credibilidade científica a terapêuticas. Categorias da “biossociabilidade”, como raça e gênero, ganham nova força, segundo Lima (2005), reforçando preconceitos preexistentes e, assim, novas categorias e classificações são criadas.

São, nos dias atuais, exemplos desta valorização do biológico a partir das “prescrições do *fitness*, da genética, da medicina”, a distinção cultural que opõe os saudáveis e “o universo decadente dos glutões, fumantes e sedentários, os quais são condenados por prejudicar não só a si mas a toda a espécie” (LIMA, 2005, p.51). Novamente torna-se necessário refletir sobre aspectos como o controle social, o uso do discurso científico e a imitação do padrão estrangeiro, bem como é preciso levar em conta os componentes culturais e sociais da formação de identidades. Este processo “que enlaça consumo, mudanças subjetivas e corporalidade” (LIMA, 2005, p.52) é mediado por diversos agentes na atualidade, como os profissionais de saúde e educação, a mídia e os livros e revistas não apenas aqueles de divulgação científica como também os que atendem ao público em geral, o que se reflete na própria produção de conhecimento e na produção cultural.

4. IDENTIDADE E AUTONOMIA DO MÉDICO E DO PROFESSOR DE MEDICINA HOJE: MUDANÇAS NO ENSINO MÉDICO E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS ALMEJADAS

4.1.A profissão médica e novas propostas no ensino

A medicina moderna conquistou a autonomia profissional ao longo do século XIX, não somente na prática liberal, mas, de maneira mais ampla, também em uma perspectiva técnica que, no entanto, garantia a autoridade exclusiva sobre a saúde e a doença do ponto de vista científico e moral, e passou a ser organizada formalmente por instituições criadas com o objetivo de proteger e garantir essa autonomia.

Almeida (1997) afirma, com base nos trabalhos de Freidson (1970) e Wolinsky (1988), que a medicina adquiriu um domínio sobre a “indústria dos serviços de saúde” com base na supremacia de seus *experts* que detinham o poder de avaliar o trabalho dos demais sem ser objeto de direção formal ou avaliação por eles, controlando o conteúdo de sua própria função e o de outras ocupações que fazem parte do campo da saúde. A autora afirma que a influência da medicina na organização dos serviços e nas políticas de saúde relacionam-se à supremacia da medicina científica e sua visão mecanicista, individualista e orientada para a cura das doenças segundo o modelo médico (ALMEIDA, 1995, p.663). Acreditamos que as idéias de Almeida (1997), Schraber (1995) e Pereira-Neto (1995, 2000) são semelhantes no que diz respeito à aquisição de autonomia profissional, nas dimensões do conhecimento, construção de normas e de uma ética legitimada por pares bem como no convencimento social quanto à confiabilidade e validade de seu trabalho em oposição ao trabalho do leigo. Para estes autores, a autonomia profissional é conferida à profissão pela sociedade, num processo político e social, e a medicina é a profissão que melhor exemplifica esta conceitualização.

No entanto, há uma discussão sobre a modificação desta autonomia e supremacia da medicina entre autores que apontam para um processo de desprofissionalização a partir dos anos de 1970 e autores que defendem que as mudanças não foram suficientes para que a medicina deixasse de ser considerada uma profissão autônoma. De acordo com Pereira-Neto (2008) e Schraber (1995), os autores que estão a frente deste debate são Haug (1973) e Freidson (1993, 1989). Para Haug (1973), fatores como o acesso ao conhecimento científico, a necessidade de dividir com outros profissionais o monopólio sobre o saber no que diz respeito aos cuidados com a saúde e a iatrogenia que sua atuação especializada provoca, bem

como o uso indiscriminado de tecnologia decorrente de uma relação direta com os interesses do mercado que supera os interesses terapêuticos que “desmistifica” a profissão médica, reduzindo seu poder, autoridade e prestígio social. Assim, "o cidadão, ciente de seu estado de saúde, teria melhores condições de resistir à postura paternalista do médico" (PEREIRA-NETO, 2008, p.581).

Pereira- Neto(2008) afirma que Freidson(1989) contestou estas afirmações, entendendo que a relação médico-paciente baseia-se na autoridade que deriva do conhecimento “que o primeiro tem sobre o problema que o segundo vive”, afirmando que o conhecimento e a técnica não se estagnaram, mas evoluíram (PEREIRA-NETO, 2008, p.581, citando Freidson, 1989). O autor acentua que o processo de especialização e de incorporação tecnológica é muito mais rápido do que a difusão leiga do conhecimento especializado. Pereira-Neto (2008) entende que, apesar da influência de fatores como a abundância de fontes de informação sobre a saúde, “os médicos têm se tornado cada vez mais fortes nos diferentes mercados e o núcleo da profissão permanece sólido e dominando tecnologias cada vez mais difíceis de serem apropriadas por não médicos” (PEREIRA-NETO, 2008, p.586).

No entanto, alguns fatores são determinantes para as mudanças na prática médica e para a busca de um novo perfil profissional para o médico, o que tem motivado mudanças no ensino da medicina em vários países. Como já foi visto, o paradigma hegemônico do ensino médico a partir da Reforma Flexner, que compreendia a prática médica como aplicação indissociável da investigação científica, o método clínico, como método de elaboração próprio da ciência médica, a educação médica, como capacitação no método clínico através da atividade técnica concreta, hospitalar e de pesquisa laboratorial, passa a ser questionado. Cruz (2004) faz um apanhado rico de como as reformas são efetuadas e que vertentes as mobilizam a partir dos anos de 1940 nos EUA e a partir dos anos de 1950 na América Latina e no Brasil (CRUZ, 2004, p. 52 - 66).

Em escolas médicas na Alemanha e no Canadá, a ênfase das mudanças era dada nas metodologias de ensino. Para Jippes e Majoor (2008), as mudanças foram marcadas pela construção e de currículos integrados, inicialmente entre as disciplinas clínicas horizontalmente ou entre as disciplinas básicas e clínicas, verticalmente. Posteriormente, as mudanças evoluíram para currículos marcados pela proposta da aprendizagem baseada em problemas, ou PBL. Tal proposta foi apresentada pela primeira vez na Universidade de McMaster, no Canadá, em 1969. De acordo com Smolka e cols (2011), nesta instituição, o PBL foi uma estratégia de reorganização global do currículo, que incluía as ciências básicas, desenvolvia a problematização e, portanto, atingia todo o programa. Instituições de ensino

superior por todo o mundo copiaram, integral ou parcialmente, o conceito de PBL de Maastricht e de McMaster, tendo sido publicados uma infinidade de artigos que avaliavam estas experiências, ressaltando-se a permanência da qualidade do ensino, os valores e habilidades incorporados à formação e as dificuldades depois de alguns anos quanto à manutenção de seus princípios norteadores. Jippes e Majoor (2008) afirmam que, na Europa, barreiras culturais foram apontadas como dificultadoras da utilização do método (JIPPE E MAJOOR, 2008, p.279).

A partir do fomento de agências internacionais norte-americanas como a Fundação Kellog e também por influência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), várias associações de escolas médicas nacionais em toda a América Latina foram criadas para reorganizar as escolas médicas e reformular os currículos dos cursos de medicina dos países latino-americanos. No Brasil, foi fundada a Associação Brasileira de Escolas Médicas que, nos anos de 1960, se tornou a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) (CRUZ, 2004, p.3). Nos anos de 1970, um estudo denominado Programa de Análise da Integração Docente-Assistencial (PROAIDA) analisou projetos em desenvolvimento na América Latina (incluindo 19 no Brasil), enfatizando a necessidade de um novo perfil do profissional médico a ser formado, com base em críticas à excessiva especialização, à “tecnificação” e ao “hospitalocentrismo” do modelo dominante. A proposta se baseava na premissa de que a mudança nos serviços médicos deveria desencadear mudanças na educação para atender às próprias necessidades criadas nos serviços. Elas deveriam propiciar grandes transformações na formação dos profissionais, uma vez que teriam que atuar como aponta Cruz (2004), nas “relações docentes-alunos, entre os professores e a prática, e entre os alunos e a prática” (p.82) . Cruz (2004), citando o trabalho de Feuerwerker (1998), afirma que os projetos IDA (Integração docente assistencial) se propunham a desenvolver

Um processo de vinculação crescente entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviços na área da saúde com o objetivo de melhorar a atenção à saúde e de orientar a produção de conhecimentos e o treinamento de profissionais, de acordo com as características epidemiológicas de uma dada população de uma região específica, de modo a propiciar um movimento contínuo de educação, num processo que parte dos serviços e que é capaz de transformá-lo (p. 82)

Nestes projetos de integração foram enaltecidos conceitos oriundos dos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Integral, que eram transformados em propostas práticas, como o cuidado integral do paciente e a ênfase sobre a família como centro do

cuidado médico. A atenção primária à saúde era considerada fundamental para a universalização do cuidado, “principalmente nos países subdesenvolvidos, incapazes de sustentar o alto custo da assistência médica dominante”(FEUERWERKER, 2003, p21). No entanto, este foi um período de incorporação maciça de tecnologias, especializações, fragmentação e distanciamento na relação com os usuários dos serviços de saúde, em decorrência da “capitalização do setor” (FEUERWERKER, 2003, p21).

Foram feitas críticas aos movimentos de reforma desde o primeiro momento, entre as quais aquelas de que eles invertem a lógica inicial, priorizando as mudanças no ensino que então propiciariam mudanças na assistência. Cruz (2004), citando Schraiber(1989) afirma que

A proposta integrativa é formulada a partir da identificação de “novas necessidade sociais relativas ao cuidado médico”. Nessa proposta, a “satisfação das necessidades sociais (recomposição do ato médico) é remetida essencialmente para o âmbito escolar (formação de um novo tipo de profissional), pretendendo a consecução da transformação da prática através de reformas limitadas ao plano de ajustes do padrão educacional (p.89).

De acordo com Cruz (2004, citando Oliveira, 1981) nos anos de 1980, a grave crise financeira no setor da saúde, gerada pelo alto custo das ações e da tecnologia médica, de investimentos maciços no setor privado, fraudes nos serviços contratados e conveniados, desvios de verbas do setor para grandes obras, uso de um modelo baseado no atendimento hospitalar curativo e individual e aumento da massa de assalariados com diminuição dos salários (aumento da cobertura e dos gastos com a diminuição da receita), acarretou inúmeras reações, e as lutas por reformas na saúde ganharam adeptos no próprio governo. Entendemos que esta crise relaciona-se, em parte, aos fatores apontados anteriormente, relacionados às transformações no mundo do trabalho, pois se referem à perda de direitos trabalhistas, como o direito à saúde, muitas vezes, causada, de acordo com Cruz (2004), pela flexibilização das relações de trabalho e a alteração do papel e da importância dos homens nos processos produtivos. A autora ressalta que as transformações na saúde têm basicamente dois sentidos: o de continuidade do investimento na intervenção tecnológica e na dimensão biológica (tendo como grande representante o campo da genética e da neurociência) e o de ruptura com a valorização dos atos na área da saúde decorrente das mudanças no mercado e seus critérios de eficiência- especialmente no setor privado, ainda que também no setor público- impulsionada pelo movimento sanitário.

Para a autora, a crise financeira começou a gerar uma crise de credibilidade e legitimidade social do médico, em que a “imagem” dos profissionais de saúde foi desgastada, especialmente a do médico, pelo crescimento dos processos éticos e a divulgação de casos de “erro médico”, e o profissional acabou sendo simbolicamente responsabilizado pela crise, tendo sido questionada sua legitimidade como alguém com autoridade para intervir na vida das pessoas. A perda da dimensão do *cuidado* foi entendida como central para o desgaste da legitimidade social dos profissionais da saúde (CRUZ, 2004, p.30, citando Merhy, 1998). Novamente, tendo como base as propostas de Sennett(2001) sobre a autoridade, percebemos uma semelhança entre as dimensões de cuidado e de amparo, entendendo que, em sua busca de maior autonomia, tanto sua, enquanto profissional, quanto a outro, seu “cliente”, os especialistas se distanciam destas dimensões, muitas vezes, rendendo-se às imposições do mercado ligadas a suas funções profissionais ou passando a prescrever normas de conduta sem se preocupar de fato com o cuidado. Do mesmo modo, o “usuário” do serviço, considerado como alguém que deve ter autonomia, muitas vezes não tem como exercê-la, precisando do profissional que detém o saber sobre o cuidado para orientá-lo. Para Sennett(2001) o amparo pode ser visto como favor e sua necessidade como fraqueza, por isto se busca reprimí-lo (SENNETT,2001, p. 246-247).

Cruz (2004) assinala que pode haver um deslocamento da responsabilidade em relação à falta de cuidado do médico com relação ao serviço, e à crise no setor de saúde para as escolas médicas, o que contribui para que estas buscassem refletir sobre o papel dos profissionais de saúde e do médico em especial (CRUZ, 2004, p.191).

4.2.Novas metodologias propostas para o ensino médico

Motivadas não apenas pela crise na assistência, mas também pela crise no modelo de ensino, redes internacionais promovem reuniões entre instituições que desenvolveram experiências inovadoras no ensino, buscando fortalecê-las em todo o mundo. Metodologias ativas de ensino e aprendizagem começam a ser incorporadas nos cursos da área de saúde, especialmente o PBL(Problem Based Learning).

Revisar toda esta extensa literatura sobre o PBL não é objetivo deste trabalho. No entanto, para esta reflexão, é importante pontuar os principais marcos conceituais da proposta, as dificuldades apresentadas por algumas escolas em diversos países e as avaliações desenvolvidas em algumas publicações. Os principais aspectos discutidos sobre as metodologias ativas de ensino aprendizagem referem-se à profissionalização e capacitação

docente, à avaliação das mudanças, e à apresentação dos próprios conceitos envolvidos nas novas propostas. No que diz respeito aos docentes, os artigos nacionais e internacionais referem-se a inúmeras dificuldades por eles enfrentadas nas instituições que propõem novos modelos.

Smolka, Gomes e Batista (2011) realizaram uma breve revisão dos antecedentes teóricos do PBL, ou ABP, sigla do nome traduzido para o português (Aprendizagem Baseada em Problemas). Para estes autores “alguns dos principais fundamentos conceituais que orientam o desenvolvimento das atividades da ABP se relacionam a Dewey – experiência e pensamento reflexivo –, a Bruner – aprendizagem pela descoberta – e a Ausubel – aprendizagem significativa ”(SMOLKA e cols, 2011, no prelo). São teorias pedagógicas progressistas, vinculadas a teóricos cognitivistas e construtivistas que embasam esta metodologia. Quando trazidas para a área da saúde, estas idéias procuram legitimar a organização de currículos que integram conteúdos não mais a partir de disciplinas, mas de problemas relativos à sua futura vivência profissional. Articulado “teoria e prática”, “correlacionando diferentes áreas do saber” e elencando “competências que os estudantes deverão adquirir até o final do curso”, o aprendizado tem como ponto de partida as “situações-problema”, trabalhadas em “grupos tutoriais”, com o objetivo de levar o estudante a construir “ autonomamente”, o seu conhecimento (SMOLKA e cols, 2011, no prelo). De acordo com levantamento realizado por diversos autores, como Smolka, Gomes, Batista (2011), o principal cenário da aprendizagem, a tutoria, se desenvolve da seguinte forma: as sessões de tutoria acontecem, habitualmente, em dois turnos semanais, tendo cada turno duração média de três horas para que os alunos trabalhem as situações problema. O grupo (estudantes e tutor) deve percorrer “sete passos” neste trabalho:

- 1º) Leitura do problema, identificação e esclarecimento dos termos desconhecidos;
- 2º) Identificação das questões propostas pelo enunciado;
- 3º) Formulação de hipóteses explicativas para as situações identificadas no passo anterior (aqui os alunos se utilizam dos conhecimentos de que dispõem sobre o assunto);
- 4º) Resumo das hipóteses;
- 5º) Formulação do objetivo de aprendizado (identificação do que o aluno deverá estudar para aprofundar os conhecimentos incompletos formulados nas hipóteses explicativas);
- 6º) Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizado;
- 7º) Retorno ao grupo tutorial para a discussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior”(SMOLKA e cols, 2011, no prelo).

De acordo com Aguiar (2001), algumas escolas tradicionais foram influenciadas por esta proposta de repensar o ensino médico, como é o caso de Harvard, adotando-a em parte do seu currículo, inicialmente apenas para um pequeno grupo de estudantes e posteriormente ampliando-a para envolver todos os estudantes. Outras instituições adotaram-na em seu currículo integralmente (AGUIAR, 2001, p.165).

Para Costa Junior (2005), a reforma do setor de saúde no Brasil busca um modelo mais adequado a realidade sanitária do país mas trilha caminhos que muitas vezes se contradizem. A construção do SUS, por exemplo, é fundamentada por teorias do Estado de bem-estar social, enquanto as idéias hegemônicas nos governos brasileiros da década de 1990 são de cunho neoliberal. Em algumas escolas brasileiras, o discurso da mudança ganhou força a partir dos anos de 1990, possibilitando uma incorporação deste modelo estrangeiro de forma integral na transformação curricular promovida, como nas primeiras instituições a implementar o modelo PBL no Brasil, as escolas de Londrina (UEL) e Marília. Outras instituições permanecem mais atreladas a formas mais tradicionais de formação.

Muito se publicou, desde então, no Brasil e no mundo, sobre as experiências de mudanças curriculares vinculadas a estas instituições e a outras que adotaram o modelo PBL, bem como sobre outras estratégias de mudança. Como exemplo da importância dada ao tema, podemos destacar que os congressos promovidos por uma das principais associações de escolas médicas brasileiras, desde 1990, têm como temática principal, ou como temática secundária, a reforma da educação, os currículos e a metodologia de ensino, a avaliação do curso e da escola médica e outros temas a ele relacionados⁸. Contudo, se a escola médica é vista como uma instância de incorporação das inovações na prática médica, para que estas sejam legitimadas socialmente, o mesmo não acontece com relação à incorporação de novos valores e de novas tecnologias de ensino que não são tão facilmente recebidas. Interesses divergentes de grupos profissionais se refletem na escola, o que leva Cruz (2004) a afirmar que o que está “ em jogo dentro da escola médica é o monopólio da autoridade”, definida como a capacidade técnica de “saber produzir os médicos” mas que, na verdade, revela interesses de grupos “na produção de determinados perfis de médicos, como os legítimos a atenderem as necessidades da sociedade”. Os agentes que se encontram neste campo enfrentam-se “com meios e fins diferenciados conforme sua posição (...) contribuindo assim para a conservação ou a transformação de sua estrutura” (CRUZ, 2004, p.45). Do mesmo modo, a autora entende que, quando se diz, por exemplo, que é necessário adequar o ensino

⁸ Levantamento realizado no Site da ABEM. WWW.abem-educmed.org.br/anais_phd

às necessidades de saúde da população, não há consenso acerca de que necessidades seriam estas, embora isto apareça no discurso que sustenta as mudanças de forma naturalizada (CRUZ, 2004, p. 296). Busca-se apagar conflitos, naturalizando-se significados que não exponham as desigualdades. Podemos acrescentar a estas conclusões os dizeres de Feuerwerker (2003) sobre a relação entre formação e mercado, que é determinante para que, apesar de tudo, a escola continue a formar especialistas:

Outro fator complicador para as mudanças tem sido o fato de a formação dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, estar muito mais orientada pelos interesses da própria corporação profissional do que pelas necessidades da população (...) Existe uma razoável clareza acerca de quais são os problemas de saúde e as questões fundamentais do processo saúde-doença a serem abordados ao longo do processo de formação, bem como sobre quais são os cenários de práticas mais freqüentes na prática profissional, dos quais o estudante deve aproximar-se e apropriar-se durante a graduação. No entanto, toda a orientação da formação profissional está voltada a oferecer vantagens competitivas para os profissionais buscarem melhor inserção no mercado privado de saúde. Por isso a supervalorização da especialização, da utilização de tecnologia, do cenário hospitalar (p21).

As críticas à especialização recaem sobre a forma como o conhecimento médico é construído e sua adequação às imposições mercadológicas, que passam a determinar a formação recebida. No entanto, o movimento que apresenta um “novo perfil profissional” parece querer derrubar, desconstruir, romper com o perfil anterior, mas acaba por acomodar diversos discursos, a fim de conciliar forças e poderes. A “resistência” à mudança, então, parece ser necessária, considerando-se a força das tradições e a força do que o conhecimento especializado pôde proporcionar ao mercado, processo em que podem ser contabilizados ganhos e perdas.

Um exemplo, no Brasil, da aglutinação de discursos buscando intervenções no ensino médico, e que é objeto da pesquisa de Cruz (2004), é a CINAEM, comissão para a avaliação e monitoramento das mudanças, instituída em 1991, e constituída por várias entidades. Na nossa concepção, a disputa entre os perfis profissionais e as idéias presentes na CINAEM, relatadas por Cruz(2004), se assemelha aos relatos presentes no estudo de Pereira-Neto(1995), já apresentado, sobre o Congresso dos Práticos de 1922⁹:

⁹ Ver no capítulo 3 a referência ao estudo de Pereira-Neto(1995) sobre um congresso médico ocorrido em 1922 , o “Congresso Nacional dos Práticos”

A partir dessa diversidade, é possível inferir que muitos objetos de debate e disputa colocam interesses em jogo que tensionam o campo por não serem necessariamente convergentes, sendo por muitas vezes necessária uma acomodação dos vários interesses para manter uma agenda em comum, sendo muitas vezes interesses e propostas opostas e/ou concorrentes. Portanto, a tensão e a disputa são elementos constitutivos da CINAEM, sendo sua agenda entrecortada por esses vários objetos e falas, que ora aglutinam, ora desagregam o grupo (CRUZ,2004, p.198).

No entanto, a autora aponta alguns avanços realizados por esta comissão, e sua produção é tomada como referência, juntamente com o trabalho da Rede Unida, desenvolvido com o apoio da Fundação Kellogg na América Latina, e a criação do Programa UNI , que dão direcionamento a muitas mudanças realizadas em escolas brasileiras.

Em um estudo sobre o desenvolvimento docente e as tendências de mudança nas escolas médicas brasileiras, Lampert (2007) assinala que muitas escolas já podem ser avaliadas como evoluindo de uma predominância da tipologia inovadora com tendência tradicional para uma inovadora com tendência avançada para as transformações, apontando evidências das ações de mudança. Complementando seus achados, Perim e cols (2008) afirmam que o professor sempre teve um papel fundamental no processo de formação médica, tanto no ensino baseado no modelo flexneriano como no modelo da integralidade na atenção à saúde, algo que também é apontado Bulcão & Sayd(2003), que afirmam que os mesmos elementos estão presentes no chamado currículo oculto ao longo do curso médico. Os autores entendem que, se os professores estão nostálgicos de um passado em que sua profissão apresentava uma situação de prestígio inquestionável e perplexos frente às novas situações, principalmente no que diz respeito à autonomia liberal, eles estão menos motivados do que no passado, o que pode constituir um fator negativo na socialização e na formação de valores éticos entre seus alunos .

Perim, Abdalla, Lampert e cols (2008) entendem que na perspectiva das Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina (DCNs), aprovadas em 2001, que preconizam o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o ensino centrado no estudante, e a educação continuada, o papel do professor ganha novos contornos no processo de formação, sendo necessário investir na capacitação docente, especialmente porque os próprios docentes tiveram sua formação baseada em outra lógica de construção do conhecimento. Sua pesquisa busca identificar a tendência da escola em investir em aspectos didático-pedagógicos, técnico-científicos, de inter-relação de serviços e de gestão da escola, apontando para a

necessidade do processo formador ser permanente no cotidiano das atividades. A partir dos resultados de seus estudos, os autores concluem que as mudanças são tímidas neste eixo.

Em um artigo sobre as mudanças efetuadas na escola de medicina e ciências da saúde da Universidade de Dakota do Norte, Chistianson e cols (2007) afirmam que uma renovação no currículo formal pode ser também uma forma de intervenção que venha a desencadear uma mudança na cultura institucional, promovendo novos valores profissionais. De acordo com os autores, antes se entendia que os estudantes competentes na área biomédica poderiam aprender valores profissionais durante a experiência clínica, sob uma supervisão adequada. Contudo, nos últimos cem anos, o ambiente em que ocorre este treinamento mudou drasticamente, tornando-se mais complexo e, muitas vezes, os estudantes acabam por receber mensagens confusas e conflitantes sobre os valores associados ao cuidado com os pacientes. Isto trouxe um aumento das dificuldades da supervisão e uma diminuição de sua efetividade.

Os autores afirmam, ainda, que, nas últimas décadas, tanto educadores em medicina quanto o público em geral demonstram preocupação com a despersonalização da atenção médica e com o aumento da mercantilização da profissão. Por isso, no início desta década, muitas escolas médicas passaram a incluir em sua educação formal conteúdos das áreas humanas ligados à ética e ao profissionalismo, visando produzir médicos mais humanos e preocupados com as relações nas suas práticas. Contudo, pesquisas apontam que isto não produziu os resultados desejados. Ao contrário, os estudantes continuam a se graduar apresentando uma deterioração destes valores e também um aumento de atitudes indesejadas como o cinismo e o excesso de orgulho pelo diploma. Achados anteriores, portanto, já apontam para o fato de que processos e forças que ocorrem na educação médica têm uma influência mais poderosa na formação de valores profissionais do que o conteúdo explícito, sendo estes conhecidos como currículo oculto, informal ou meta-curriculo. Estes termos descrevem regras não escritas na educação médica que influenciam atitudes e comportamentos no treinamento e, posteriormente, na prática médica – regras implícitas que podem contradizer as formas que se preconiza sobre valores humanos e a relação médico-paciente. Além disso, o cinismo pode ser resultado de uma tentativa de conciliar atitudes percebidas pelos estudantes como contraditórias.

Christianson e cols (2007) mencionam que, para compensar o desuso dos valores humanísticos e profissionais, alguns estudos enfatizam o aprendizado baseado em narrativas, que inclui a reflexão em pequenos grupos na clínica, desenvolvendo a competência narrativa no treinamento em serviço. Alguns estudos mostram que introduzir esses valores no currículo pré-clínico é adequado para criar um entorno institucional para promovê-los. Outros

educadores trabalham com modelos construtivistas que traçam um paralelo entre as relações estabelecidas entre os estudantes e o curso, o staff do hospital e a administração, fazendo da relação professor-aluno um processo que funciona como inoculação contra valores negativos no desenvolvimento profissional destes estudantes. Para os autores, apenas incluir aulas ou discussões em pequenos grupos pode ter um impacto reduzido. Mudanças devem ser feitas em todos os níveis de relação do processo educacional: na relação dos estudantes entre si, dos estudantes com o curso, no próprio curso entre seus profissionais, no acesso à instituição, na avaliação. Então, a transformação curricular pode servir como intervenção na educação profissional e na transformação da cultura e no desenvolvimento do aprendizado (CHISTIANSON E COLS, 2007, p. 1079-1088).

A escola de Dakota do Norte introduziu em 1998, nos primeiros dois anos de curso, o PCL(Patient Centered Learning), baseado no PBL. O PCL tinha, assim como o PBL, as características de trabalho em pequenos grupos, com casos que integram componentes de ciências básicas e clínicas. Eles entendiam que os casos, naturalmente, geram oportunidades para a inovação no ensino de valores profissionais, mas é nos valores implícitos, inerentes ao trabalho com pequenos grupos, como o humanismo, o altruísmo, a responsabilidade e a busca de excelência que o aprendizado se apóia. Além disso, as mudanças organizacionais necessárias para a mudança curricular requerem uma transformação dos processos nos estudantes, nas faculdades e nos diversos níveis administrativos.

Analisando os exemplos brasileiros de Londrina e Marília e ressaltando também a importância de mudanças que vão além do modelo pedagógico, Feuerwerker (2003) entende que estar num campo novo de produção conceitual e de tecnologias inovadoras é um elemento dificultador, e quem está à frente do processo deve problematizar constantemente o que foi realizado para avaliar se o que se faz é realmente o que se queria fazer. A autora afirma, ainda, que os processos estratégicos de mudança envolvem um momento inicial, em que são necessários “o acúmulo de poderes técnicos e políticos, a construção dos elementos conceituais da mudança e a mobilização e conquista das pessoas para o desenvolvimento do processo” (FEUERWERKER, 2003, p.25). Num segundo momento, a mudança deve se estabelecer, se instituir, e é, então, que “são construídos novos papéis, novas relações, novos conteúdos e novos objetos” (FEUERWERKER, 2003, p.25). Posteriormente, é preciso que haja uma consolidação das práticas coletivas e dos novos arranjos de poder para possibilitar sua renovação. Para a autora, Marília, por exemplo, começou tomando a mudança metodológica como questão central, mas tinha também como meta produzir uma abordagem integral da saúde. Uma compreensão conceitual limitada no campo da educação foi

compensada por uma compreensão profunda sobre “a natureza estratégica da construção da mudança”. Assim, a adoção radical do PBL foi uma forma de “*desestruturar* (grifo nosso) completamente a maneira tradicional de fazer as coisas” (FEUERWERKER, 2003, p. 25). A “desestruturação” em Marília é descrita pela autora da seguinte forma

Acabaram com os departamentos, colocaram o ensino de graduação no centro da prática dos professores, ampliaram a capacidade real de gestão da direção da escola em relação ao tempo e ao trabalho docente. E também estudaram muito. Educação, antropologia, psicanálise, grupos operativos, clínica ampliada... múltiplas temáticas, tecnologias e abordagens (FEUERWERKER, 2003, p.25).

A autora ressalta a importância do fato de que o profissional de saúde, ao ampliar sua compreensão sobre o processo saúde-doença, possa ter governabilidade nas mudanças práticas, tanto na escola quanto nos ambientes em que venha a atuar, entendendo que a luta pelas mudanças deve se dar a nível macro, na construção de políticas favoráveis, e a nível micro, em cada espaço específico de atuação.

A pesquisa de Aguiar (2000) na escola de Harvard mostra que a motivação para a mudança no curso de medicina, mesmo em instituições tradicionais, de reconhecida qualidade da formação oferecida, que por isso, não precisariam se preocupar em mudar, vem da ampliação dos questionamentos sobre a prática e a educação médica americanas. As discussões sistematizadas em 1984 pela Association of American Medical Colleges (AAMC) enfatizavam pontos que também enfatizamos nas diretrizes curriculares brasileiras como o fato de que

A aquisição de atitudes e habilidades adequadas à prática profissional é tão importante quanto a aquisição de conhecimento; os estudantes devem ser preparados para a promoção da saúde e prevenção da doença, junto a indivíduos e comunidades; a escola deve preparar seus alunos para a educação permanente, o que inclui a habilidade de identificar, formular e resolver problemas e avaliar informação nova de forma crítica; o processo ensino-aprendizagem deve centrar-se no estudante, com menos ênfase na memorização; o foco da aprendizagem deve ser as necessidades dos pacientes e suas famílias, com o docente exercendo papel de mentor”(AGUIAR, 2001, p. 164).

O estudo de Aguiar(2000) mostra que esta instituição promoveu mudanças, inicialmente, num projeto-piloto em uma disciplina, a partir da abordagem PBL, tendo a

relação médico-paciente como foco integrador de fatores biopsicossociais a serem trabalhados com os estudantes. A proposta de ensino, baseada em um modelo biopsicossocial como crítica ao reducionismo do modelo biomédico está calcada numa transformação nas premissas do dualismo mente-corpo, buscando, na prática, traçar um paralelo entre as mudanças na relação médico-paciente trazidas por esta nova forma de pensar a medicina e as mudanças na relação professor-aluno. Citando autores que embasam tal proposta, a autora ressalta as expectativas do curso:

Nós esperamos que a relação entre professores e estudantes espelhem empatia, respeito, honestidade e reciprocidade, o que deve estar presente na relação entre médico e paciente... [espera-se do estudante] que entenda os pacientes como pessoas e considerem os aspectos psicológicos e sociais em seus diagnósticos e tratamentos, tenha ética e compaixão e se comunique com compaixão e efetividade com os pacientes(*tradução nossa*) (AGUIAR, 2000, 1991, p.2-4).

De acordo com o guia do curso, a escola médica pode constituir um espaço de “despersonalização”, em que valores mais humanísticos, que levam os estudantes, inclusive, a buscar o ensino médico, são incorporados a partir das vivências acadêmicas. Estas vivências, em que a prática médica é exercida de forma autoritária podem ser vistas como negativas. Outro motivo que, segundo Aguiar (2000), levou a escola a buscar a mudança foi o fato do conhecimento médico atualmente estar em constante crescimento e transformação, o que leva as práticas de memorização das escolas tradicionais a serem criticadas.

A autora entende, no entanto, que a proposta do curso pressupõe uma redefinição da autoridade do médico e do docente, na medida em que deve ser pautada na reciprocidade, na revisão dos conhecimentos do professor e numa valorização do conhecimento do estudante. Os professores, conhecidos como tutores, precisam ter outro tipo de “expertise”, como a habilidade de relacionar conhecimentos de várias disciplinas e facilitar o aprendizado dos estudantes. Os estudantes devem formular suas próprias questões, e as respostas poderão ajudar a identificar áreas de incerteza no próprio aprendizado (AGUIAR, 2000, p.15, citando Clarke, 1988).

No entanto, a discussão das mudanças foi dificultada por fortes argumentos em favor da permanência de horas para aulas teóricas na formulação da nova proposta. Optou-se por um currículo híbrido, combinando-se diversos elementos pedagógicos (AGUIAR, 2000, p. 18). A “resistência” e as críticas por parte dos docentes foram atribuídas ao “caráter aparentemente assistemático das inovações” e à “falta de reconhecimento acadêmico”, sendo

a proposta curricular aliar o ensino das habilidades necessárias à prática a uma reflexão sobre as forças culturais, sociais, econômicas e psicológicas que afetam o cuidado dos pacientes (AGUIAR, 2000, p. 18, *tradução nossa*). De acordo com a autora, o novo modelo não exige dos tutores conhecimentos prévios em dimensões psicológicas e sociais que, segundo a literatura, causam tensão aos tutores, mas sim que se engajem em disciplinas e assuntos com incerteza e ambigüidade, tirando-os do conforto da objetividade do modelo biomédico. Os tutores também devem saber lidar com a falta de motivação dos estudantes. Dentre os problemas comuns enfrentados, pode-se incluir a existência de estudantes excessivamente quietos, que não participam, estudantes excessivamente falantes e agressivos, grupos aparentemente desmotivados ou grupos com conflitos interpessoais. Os tutores se ressentem também da falta de incentivo institucional para investir na participação do processo.

Aguiar (2000) afirma que a implementação do PBL não resolve todas as falhas do modelo tradicional, entendendo que a primazia do modelo biomédico pode continuar a prevalecer. Segundo a autora, apesar de se reconhecer a existência e importância de fatores psicossociais e situacionais, se um fator biológico é identificado, ele é tomado como causa de um fenômeno. Citando Eugel (1977), a autora afirma que o papel do médico é mais complexo do que os conhecimentos transmitidos no modelo biomédico e envolve por exemplo, a habilidade de interpretar a forma dos pacientes se expressarem, suas ambigüidades e a forma de falarem sobre seus sintomas a partir das lentes de sua cultura, valores e sistema de linguagem (AGUIAR, 2001, p.11 citando Eugel,1977). Isto não é automaticamente resolvido com a adoção do PBL, podendo persistir certos problemas da educação médica tradicional, como não ensinar o aluno a lidar com situações conflitivas e eticamente complicadas. Se o modelo biomédico não for amplamente questionado por suas limitações, a barreira entre o conhecimento técnico e o cuidado adequado irá persistir (AGUIAR, 2000, p.16). As escolas reforçam o paternalismo, o preconceito e a intolerância por parte do médico. Contudo, segundo estes autores, elas deveriam preparar os médicos para lidar com dilemas éticos e para promover a autonomia e a tomada de decisão por parte do paciente. Citando Eron (1955), a autora afirma que o currículo implícito/escondido promove um aumento do cinismo à medida que os estudantes progredem no curso. Na metodologia PBL também podem ser reproduzidos preconceitos e atitudes equivocadas diante dos pacientes, como, por exemplo, o sexismo, – em que sintomas vagos e histórias sugeriram que os problemas dos pacientes não têm causa biomédica mas, antes, são associados ao fato de que são do sexo feminino (AGUIAR, 2000, p.17).

O trabalho de Aguiar(2000) traz muitos elementos sobre a perspectiva dos tutores, que

serão abordados em comparação com os discursos dos tutores da instituição pesquisada neste trabalho, possibilitando que se observe aspectos semelhantes e diferentes.

Confirmando alguns apontamentos do estudo de Aguiar (2000), o artigo de Brainard & Bristen (2007) sobre o ensino dos valores profissionais conclui que a literatura “erra o alvo”, já que o principal obstáculo para a educação médica, no seu entender, consiste na conduta anti-profissional dos próprios educadores médicos. Os autores do artigo eram, no momento em que o texto foi escrito, estudantes da escola de medicina do Novo México. Eles escreveram esse artigo a partir de relatos, piadas e do uso de grupos focais, formais e informais, em cinco escolas médicas. Os autores afirmam que suas conclusões apresentam uma visão a partir, “das trincheiras”, visto que, na prática, mesmo com a busca atual de um ensino do “profissionalismo”, as condutas anti-profissionais de professores e residentes são protegidas por uma hierarquia de autoridade pré-estabelecida. Os estudantes sentem-se desprotegidos e as estruturas curriculares e de avaliação causam mais prejuízos do que o desenvolvimento da ética, virtude e confiança, como geralmente é divulgado.

Os autores entendem que deficiências neste tipo de aprendizado, combinadas com a subjetividade das avaliações nesta área, podem fazer os estudantes se sentirem perseguidos injustamente, julgados e confusos. Eles recomendam que os administradores, educadores médicos, residentes e estudantes mostrem comprometimento pessoal com o currículo no que diz respeito ao profissionalismo e encarem o currículo oculto de forma aberta e pró-ativa. Afirmam, ainda, que os estudantes têm extrema dificuldade para entender a falta de conexão entre os valores que são ensinados e os valores implícitos transmitidos no cotidiano. Quando são avaliados em aspectos ligados ao profissionalismo num ambiente em que condutas anti-profissionais ocorrem, isto gera conflitos que podem fazer com que rejeitem os valores profissionais ensinados (BRAINARD & BRISTEN, 2007, 1010-1014).

A capacitação docente para os processos de mudança é apontada por alguns autores como elemento fundamental para que estas distorções sejam reduzidas. Almeida (2003), investigando como os professores da UEL avaliam a capacitação recebida e as dificuldades encontradas, apontam para problemas na condução do processo de “avaliação formativa”, na mobilização de alunos indiferentes e no manuseio do conteúdo de diversas disciplinas. Ao discutir as vantagens e desvantagens de o tutor ser um especialista no conteúdo do problema, afirmam que há um consenso de que o tutor deve ter conhecimento adequado de dinâmica de grupo e de que os tutores especialistas devem utilizar com parcimônia o seu domínio de conteúdo. Eles citam autores que afirmam que a habilidade de tutorar e o domínio de conteúdo parecem ser condições importantes e estreitamente relacionadas, mas que é

necessário equilíbrio entre eles, e apontam tendências em instituições estrangeiras para estudar a influência do tutor especialista no desempenho dos alunos, sua influência nas variáveis do processo (ação na dinâmica tutorial, objetivos de estudo, tempo de estudo dos alunos, etc.) e o relacionamento das características do tutor com as circunstâncias contextuais (qualidade dos problemas, estrutura do currículo, nível de conhecimento prévio dos alunos, etc.) (ALMEIDA e cols , 2003, p. 197).

Em estudo realizado por Costa Junior (2005), uma das dificuldades apontadas pelos tutores que participaram da mudança na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, iniciada em 1998, foi a diferença entre os comportamentos e vivências do que é “ser professor” que traziam de sua época de estudantes, e aqueles que deveriam adotar no método PBL. As atitudes relacionadas à atividade docente consideradas inadequadas não eram copiadas, mas os professores desejavam manter o “saber atitudinal” que haviam adquirido ao longo do tempo. Do mesmo modo, sentiam que seu conhecimento das várias disciplinas que compunham determinados casos clínicos era insuficiente para orientar adequadamente as sessões tutoriais (COSTA JUNIOR, 2005, pp76-93).

Um estudo realizado por Bellodi (2003) buscou dados na literatura sobre o conceito de “mentor”, que deu origem ao conceito de “tutor”. A autora afirma que estes conceitos tem sido definidos, geralmente, de acordo com a compreensão individual dos tutores, mesmo quando há diretrizes organizacionais, sendo interpretado, assim, de forma variada, isto é, sem haver um consenso sobre sua aplicação na prática. O tutor é visto como “Orientador, professor, conselheiro, padrinho, modelo, referência, amigo, parceiro, assessor”, ou seja, um tutor/mentor parece poder “usar vários chapéus”, ter diferentes estilos e abordagens. As esferas de atuação do tutor apontaram para ações amplas, direcionadas tanto à vida acadêmica quanto à vida pessoal dos alunos. A aproximação com o aluno e o estabelecimento de vínculos mais estreitos apresentaram-se como uma demanda tanto dos alunos quanto dos professores, que revelaram claramente em suas falas o desejo não apenas de promover transformações, mas, especialmente, de ser alvo delas também. Há, ainda, uma grande dificuldade para definir o papel do “mentor” e de distingui-lo do de “tutor” em seus atributos fundamentais e definidores (BELLODI, 2003, p.206).

As DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais) do curso determinam que o "Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a

extensão/assistência.”(Artigo 9º). Isto é entendido como necessário para se construir um novo perfil profissional do médico, “ com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integrado ser humano” (Artigo 3º).

Contudo, algumas escolas permanecem distantes das mudanças, em grande parte porque o mercado ainda absorve mais especialistas do que generalistas. Para Rego (2003), o perfil apregoado para o médico hoje se assemelha ao perfil do médico de família, questionando se é possível confiar plenamente no fato de que este programa mudará o perfil assistencial no Brasil já que ele ainda é tratado na própria estrutura governamental como um programa paralelo. Para o autor, a mudança no modelo assistencial brasileiro não ultrapassa os limites das boas iniciativas, que não são de fato estruturadas, o que torna difícil pensar numa mudança efetiva no ensino (REGO, 2003, p.170).

Entendemos que estar ao lado da “mudança” é querer o novo, o que não pode necessariamente ser considerado bom ou ruim, ainda que seja valorizado na sociedade atual. Por isto, o desejo de mudança no ensino deve ser visto de forma crítica, considerando-se o viés sociológico que ressalta a busca constante de reconstrução que caracteriza a contemporaneidade. É preciso lembrar que as mudanças não são apenas teóricas ou técnicas e que não há nelas uma neutralidade ou uma razão “natural” para que aconteçam. Na análise da efetividade das mudanças é importante perceber que elas sempre favorecem alguns grupos em detrimento de outros, e que, no caso da universidade, os grupos vinculam-se a determinadas linhas de produção de conhecimento que ganham relevância, muitas vezes, não necessariamente por razões relacionadas apenas à difusão deste conhecimento. Especialmente quando consideramos os aspectos financeiros e políticos envolvidos nas mudanças, devemos atentar para a naturalização de determinados modelos, sem uma adequada contextualização. Acreditamos ser este um novo momento de disputas em que os “itinerários coletivos”, as identidades, são novamente reavaliados e reconstruídos, o que se apresenta no dia a dia dos cursos médicos envolvidos nos processos de mudança.

5. ESTUDO DE CAMPO

A instituição em que foi realizado o estudo de campo desta pesquisa localiza-se em uma cidade do interior com cerca de 160 mil habitantes, sendo uma instituição privada conhecida por seu curso de medicina. No ano de 2005 ela adotou a metodologia PBL (Problem Based Learning), como forma de atender a diretrizes curriculares do curso de medicina, uma vez que foi uma das instituições eleitas pelo programa PROMED para implementar estas mudanças. As transformações que ocorreram no curso de medicina da instituição, juntamente com o trabalho desenvolvido no núcleo de apoio psicopedagógico da mesma nos motivaram a conduzir lá esta pesquisa.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas sendo a escolha dos participantes aleatória, sorteando entre professores que atuam como tutores nos 8 períodos do curso. Participaram da pesquisa 8 (oito) professores, todos graduados em medicina, que atuam como professores e médicos, com o objetivo de melhor entender como estes profissionais vêem sua atuação profissional e, mais especialmente, como estas mudanças estão sendo percebidas e vivenciadas no cotidiano das escolas médicas, no que diz respeito a seu papel como “professor de medicina” na construção deste novo “médico” que se pretende formar. A atuação dos participantes como médicos se dá dentro do hospital da instituição, em postos de saúde, ou fora da instituição, como médicos clínicos em diferentes especialidades. Como professores da instituição, eles desempenham atualmente a função de tutores, foco de nossas perguntas, além de acumular outras tarefas.

Foram também os critérios de sexo (4 mulheres e 4 homens) e de atuação passada ou atual como médicos clínicos. Os participantes atuam em diversas especialidades como Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Psiquiatria, Dermatologia, Infectologia, Nefrologia e Endocrinologia. Optamos por fazer entrevistas apenas com professores que fossem médicos de formação. Os professores tem entre 39 e 65 anos e têm diferentes tipos e tempos de atuação como médicos e como docentes, alguns, inclusive, atuando também em instituições de ensino e em hospitais da capital do Estado. A atuação como médicos, como mencionado, se dá tanto em consultório ou serviço particular como em hospitais ou ambulatório da rede pública. Para preservar a identidade dos participantes, eles serão identificados através de uma letra aleatória, seguida da letra F ou M para indicar se é do sexo feminino ou masculino.

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e os textos resultantes da transcrição destas entrevistas foram submetidos a uma análise de discurso. O roteiro de entrevista

encontra-se no ANEXO 1. As entrevistas foram realizadas na própria instituição, em sala reservada, para maior comodidade dos entrevistados, sendo uma das entrevistas realizada no hospital da Instituição. Aos entrevistados foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), resguardando-se, assim, os parâmetros e limites éticos de qualquer pesquisa na área. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e os textos resultantes destas transcrições submetidos a uma análise de discurso a partir de categorias que foram por nós posteriormente estabelecidas.

A proposta desta análise foi produzir uma interpretação à luz dos pressupostos teóricos que lhe serviram como referência e de uma reflexão sobre o momento e o contexto em que os textos foram produzidos, qual seja, o de mudança no ensino médico a partir da implementação de uma nova metodologia de ensino. Portanto, nesta interpretação serão analisados não somente o conteúdo das falas mas também elementos considerados importantes em uma análise de discurso como a relação entre sua forma, seu significado e função, incluindo-se na sua transcrição elementos como ênfases, repetições e contradições entre outros. Partimos do ponto de vista, de acordo com Rocha-Coutinho (1998), de que, na análise de discurso, um fragmento de fala pode estar associado a diferentes significados e funções dependendo dos interlocutores, das relações entre eles, da situação e do contexto sócio-ideológico, entre outras questões. Assim, acreditamos que os discursos dos entrevistados sobre como vivenciam a profissão médica estão atravessados por diversos fatores, e tentaremos apontar alguns deles, na busca por semelhanças e diferenças nas formas de abordar os mesmos temas, e não a “verdade” do que foi dito, tendo em vista que essa verdade é sempre relativa. Desta forma, entendemos que os discursos “revelam muito sobre a vida social, da cultura em que as pessoas estão inseridas”(ROCHA-COUTINHO, 1998, p. 328) , pois o que parece “natural”, por fazer parte do cotidiano dos participantes, ou de suas convicções e opiniões, é uma narrativa sobre a vivência de uma realidade que os participantes têm em comum. É importante ressaltar que o pesquisador é co-participante na construção discursiva que irá interpretar, especialmente neste caso, em que a pesquisadora atua na mesma instituição que os participantes.

De acordo com estes pressupostos, portanto, as entrevistas semi-dirigidas são eventos em que se reconstrói momentos passados e ações tentando apresentá-las numa narrativa para “buscar identidades” e “construir vidas”, ou seja, em que se fala sobre a forma como foram compreendidas, podendo os discursos conter exageros, mentiras e, mesmo assim, estarão “revelando verdades significativas para comunidades específicas, em circunstâncias históricas limitadas” (ROCHA-COUTINHO,1998, p.330). O modelo de análise de discurso adotado, assim, procurou inferir da fala dos participantes seu comportamento e sua postura como

médico e professor de medicina e os sistemas ideológicos subjacentes a estes. Uma vez transcritas, as entrevistas foram analisadas, segundo as seguintes categorias: “Identidade do Médico”; “Identidade do Professor de Medicina” e “O PBL e sua vivência prática”.

1. Na categoria “Identidade do Médico” consideramos as referências que os entrevistados fizeram aos aspectos que caracterizam ou que marcam a profissão médica. Também foram abordados aspectos que diferenciam os profissionais e consideradas as mudanças que ocorreram com o passar do tempo, isto é, quais os valores e ideais de um passado remoto da profissão e que características se modificaram e em que direção, bem como o que era considerado foco da formação médica e o que é ressaltado na formação atual.
2. Na categoria “Identidade do Professor de Medicina” buscamos analisar os vínculos estabelecidos pelos entrevistados entre o que é ser professor de medicina e o que é ser médico. Foram abordadas as mudanças no ser professor de medicina ao longo dos anos, e com a implementação da metodologia PBL. Consideramos, ainda, as expectativas em relação aos estudantes, as dificuldades e facilidades apontadas sobre o que é ser professor e ser tutor, a fim de entender se, para os professores que participaram do estudo, a nova tarefa justifica uma mudança significativa na identidade do professor de medicina.
3. Na categoria “O PBL e sua Vivência Prática” procuramos observar as características positivas e negativas apontadas pelos entrevistados sobre a nova metodologia de ensino, a partir de sua vivência cotidiana. Buscando, ainda, entender como as características do novo ideal de ensino médico que experimentadas na prática, que mudanças os entrevistados percebem nos alunos, e quais as que desejariam desencadeadas mas não são percebidas na maioria dos alunos, que perfis profissionais são privilegiados, que mudanças despertaram em sua vivência como médicos, conflitos entre o que se deseja do novo profissional e a realidade que se apresenta.

Ao final da análise de discurso, procuraremos relacionar os dados presentes nas falas dos entrevistados com dados relatados em pesquisas sobre o tema que, mesmo tendo adotado diferentes pressupostos, tiveram focos semelhantes. Em especial, procuraremos relacionar nossos dados com aqueles resultantes das pesquisas desenvolvidas por Aguiar (2000) sobre as mudanças desencadeadas por essas novas propostas metodológicas desenvolvidas na Universidade de Harvard, e com aqueles obtidos por Bulcão (2000) em estudo sobre os

valores dos professores de medicina que, apesar de aproximar em parte de nosso estudo, foi realizada na UERJ, instituição que não adotou mudanças metodológicas profundas no ensino de medicina. Esta comparação, contudo, não visa produzir nenhum estatuto de verdade no que diz respeito às interpretações dadas, na medida em que, como assinalamos antes, trata-se de interpretações e, como tal, faz-se necessário levar em conta os contextos em que foram produzidas. Consideramos, contudo relevante produzir um diálogo com outras pesquisas, buscando dar voz a determinados impasses que se repetem e se modificam, ainda que em diferentes contextos e de formas distintas, mas que merecem ser levados em conta nas avaliações sobre as mudanças no ensino médico. Compartilhamos da motivação de Aguiar (2000) para quem pouca atenção tem sido dada na literatura à forma como os professores de medicina lidam com as novas expectativas e atributos presentes no contexto atual do ensino médico .

5.1. ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1.1. Identidade do Médico

Para a maioria dos entrevistados, o bom médico deve aliar características humanísticas e um conhecimento biomédico, algo que torna a medicina uma profissão diferente das demais. Para eles é preciso ter ambas, em alguma medida, e, de preferência saber dosá-las, independente da sua especialidade ou da área de atuação médica, como se pode ver na seguinte fala :

O que mais diferencia o bom médico do mau médico é o seu compromisso, seus valores, éticos, religiosos, humanitários, mas sem sombra de dúvida, ser um bom médico, não basta também ser uma pessoa caridosa, ter todos os princípios éticos e morais, e você tem limitações severas de conteúdo teórico e prático, porque você resolveu que é suficiente ser uma boa pessoa, e ajudar, no nosso meio ser bom médico é também ter conteúdo... eu te diria que existe um mau médico potencialmente em dois aspectos: primeiro se ele não tem os valores que se espera de um profissional humanitário, nestes vários aspectos, religiosos, éticos, morais, tá tudo incluído, segundo se este profissional não é uma pessoa que buscou a formação teórico-prática compatível com o que se espera dele na sociedade, no meio onde ele está inserido... (A, M)

Em relação aos aspectos humanísticos presentes na prática médica, os entrevistados referem-se a ajudar as pessoas, à caridade, a saber ouvir o outro, a gostar de gente, a respeitar as diferenças, à simpatia, à coerência, à dedicação, ao empenho, ao compromisso com princípios éticos, morais e religiosos, a se emocionar e se envolver com os pacientes, buscando ajudá-los:

O bom médico ele tem que ser humano... tem que ter princípios humanistas fortes, ele tem que se formar pensando em ajudar as pessoas, tem que valorizar o aspecto de... tem que sorrir e chorar quando o méd.. quando recebe um agradecimento, quando você consegue curar uma pessoa, até quanto mais difícil é curar uma pessoa, mais você deve se emocionar com o sucesso, então acho que estes princípios de ser um médico humanista, que ajude as pessoas, eles são independente de onde você está. (A, M)

[Ser um mau médico] É não ter um olhar para o outro, não ter o compromisso com a saúde do outro, né. Acho que é olhar o... as pessoas que buscam aquele profissional, não ter o olhar para aquela pessoa nas necessidades dela, eu não sei se estou me explicando, eu não conheço maus médicos, o que eu conheço é o que eu acredito que seria o melhor, e um mau médico é aquele que não se importa com o paciente dele, não pode ser outra coisa, ele pode ter todo o conhecimento do mundo, mas se ele não estiver voltado para aquele que necessita dele...(H, F)

Tem que saber lidar com a pessoa, o ser humano, então é, empatia eu acho que é, é uma habilidade importante, saber ouvir, saber olhar no olho, isso é importante, dar um sorriso, apertar a mão, é... respeitar as diferenças, isso é importantíssimo para um médico, tem que respeitar o jeito de ser de cada pessoa... (F, F)

Ao descrever estes aspectos, os entrevistados referem-se também ao sacrifício da vida pessoal, à renúncia, e à responsabilidade, pontos que são entendidos pela maioria como necessários para o bom exercício da medicina:

Eu não sei se faria outra coisa na vida se não fosse o que eu faço. Eu gosto da profissão, eu vivo por ela. Então, se eu tivesse que começar, começaria tudo outra vez... Às vezes a sensação que a gente tem é que a medicina é muito dura, mas a dureza está em pedir que a gente seja sempre, esteja sempre, se dedique ao máximo... Ser um bom médico é de repente fazer muito mais do que você pensou um dia que pudesse fazer. É dedicação, é compromisso, é responsabilidade... (H, F)

Para alcançar tudo isso você tem que se sacrificar, pessoalmente eu acho que o médico não tem uma vida igual a das outras pessoas, o bom médico coloca sempre a frente a profissão, a vida particular fica em segundo lugar, em todos os aspectos... o que eu percebo é a maior parte de todos os meus colegas que se dedicam a profissão tem prejuízo nos outros aspectos, familiares, e até no lazer também se ele quer ser um bom médico... (F,F)

Quando falei assim da renúncia, é porque realmente tem renúncia sim. Eu sou casado e sei o quê que minha esposa passa, né? Tem que deixar... é o tempo, tem que dividir o tempo com tudo, com o paciente, como estudo, com a faculdade, com ela, então é... tem essa renúncia! (B, M)

Alguns entrevistados ressaltam que o excesso de dedicação, para muitos médicos, não é suficiente para o bom exercício profissional. O gosto pela profissão, e o desejo de ajudar as pessoas “pesam” mais que o ganho financeiro, o que está de acordo com os valores mais antigos da profissão. Atualmente, contudo, as más condições de trabalho, os entraves institucionais e o pouco reconhecimento social podem levar o profissional a deixar de se dedicar, a não mais se preocupar com a qualidade do seu trabalho, a se desmotivar, o que fica evidenciado nas falas a seguir:

Às vezes glória, às vezes decepções, muita renúncia, mas... eu, eu ainda vivo assim, né? Momento da alegria! Eu vivo assim, o digo que ainda vivo, porque eu já vi muitos colegas meus, é... Já desanimado com isso, né? Já meio dizendo que: “eu tô cansado!”, enfim... eu ainda não cheguei nessa fase, graças à Deus!... Tem que gostar de gente! Porque se você não gostar de gente, ‘cê’ não faz! Porque, pelo dinheiro, a gente já se sabe, porque acho que dificilmente hoje tem uma profissão que você fale assim: “olha, eu fiz por causa do dinheiro”, que te pague, que te pague tão bem ao ponto de você realmente, é... só pensar pelo dinheiro, né? “Olha, vale a pena porque o quê eu ganho é muito”! Então, eu acho, tem que realmente gostar, gostar de gente, cuidar de gente, ouvir gente, falar com gente, senão, realmente, não vai ter prazer não! ... O que às vezes, deixa a gente... meio desanimado são assim, são assim os obstáculos que a gente fica, né... obstáculo em relação a... o que desanima são assim, não é questão de dinheiro, não é nada disso! O que desanima são, às vezes, as os empecilhos em relação à... fazer com que o paciente ande... a burocracia faz com que fique internada, pra outros médicos vejam pra que essa paciente consiga sair, e pra isso levam algumas semanas. (Uma atendente interrompe a entrevista trazendo uma situação) Aqui, tá vendo... isso é uma coisa! O convênio não tá deixando a moça que tem mieloma múltiplo, que é um tipo de

câncer... Isso é um desgaste! (B, M)

Eu acho que em qualquer profissão, primeiro o “cara” tem gostar da profissão que ele vai exercer, sendo medicina, engenharia, psicologia, enfim... Ele tem que gostar daquilo que ele faz, então, a princípio, um bom médico, ele já tem que gostar, não por causa do dinheiro, do status... ele tem que gostar! Eu quero ser um bom engraxate, tem que gostar de engraxar! Então, a princípio é gostar do que ele está fazendo... E outra coisa, é assim: esse cansaço do médico, também, o “cara” que trabalha no que ele gosta, ele leva uma vantagem. Ele fica mais tranquilo, ele chega mais tranquilo... Mas o “cara” que está trabalhando em uma rede pública e não gosta de trabalhar ali, o que vai acontecer? Ele não vai render... ele já está insatisfeito! Quer dizer, dependendo da especialidade, a coisa vai por água a baixo. Vai ser pior ainda... Eu tenho colegas que não lêem, que não tem tempo, o “cara” chega cansado, saí de um plantão para o outro, faz ambulatório, consultório... Aquela coisa, você passa a ler menos, já que não lê, a qualidade vai diminuir, você tem que atender tantas pessoas, não é você que dita quanto no Serviço Público. Há uma norma, então o “cara” vai ficando cansado, desgastado. E acho que a qualidade cai, mesmo que ele seja um bom médico de formação, ele, durante o tempo, vai começar a cair a qualidade dele. (P, M)

Eu me formei para ajudar pessoas, então quando eu olho uma pessoa vir a mim, e cada vez isto é mais comum, quando você vê a pessoa chegar pra você, e te olhar com desconfiança, você passa um negócio e a pessoa fica te perguntando, isso me incomoda profundamente... porque eu duvido que hoje em dia, não vou dizer que não exista, mas é muito menor hoje em dia o número de pessoas que faz medicina porque queira crescer socialmente, ou porque queira ficar rico, medicina não enriquece mais ninguém, a menos que você seja um cirurgião plástico, hoje o médico é uma profissão liberal. (A, M)

Uma entrevistada ressalta que para ser um bom profissional o sacrifício feito pelo médico ainda é comparável ao sacerdócio, acreditando ser a medicina uma missão de vida:

Existe aquela frase, né: “A medicina é sacerdócio”, a frase popular realmente é uma frase sábia, porque na verdade a nossa vida de médico é uma vida extremamente sacrificada, no sentido de, se você quer ser um bom médico, você tem que na maior parte do seu dia, tá envolvida com a atenção ao próximo, que geralm... todos que procuram você demandam atenção e então você tem que estar bem, fisicamente, espiritualmente também, porque a medicina não é só olhar o corpo físico, mas também ir além, olhar a alma daquela pessoa, então você tem que estar bem fisicamente e espiritualmente para compartilhar a saúde com ele, a busca

da saúde com ele. ... demanda tempo, você conversar, e na prática a gente não tem, o tempo, então o médico que quer fazer um bom trabalho tem que se sacrificar um pouco mais, ele tem que dedicar mais tempo, e acaba que isso isso é bastante exaustivo para a gente, todos chegam com problemas então você tem que estar buscando junto as soluções com ele, o médico tem que estar forte... é uma responsabilidade muito grande, ser médico. Então realmente é um sacerdócio... (F,F)

A idéia de que a medicina pode ser comparada ao sacerdócio, contudo, é vista por um dos entrevistados como ultrapassada, pois ressalta os valores humanísticos em detrimento do ganho financeiro, o que não é real, já que o médico também precisa garantir sua sobrevivência com o trabalho que exerce. Por isso, esse entrevistado ressalta que a medicina mais se assemelha do que se diferencia de outras profissões e, além dos aspectos humanísticos e do conhecimento, enfatiza que a medicina é uma profissão e, portanto, um meio de sobrevivência:

Antigamente falava-se muito que é uma profissão diferenciada, o médico é um sacerdote... Hoje eu já acho que a gente pensa um pouco diferente: é uma profissão igual a qualquer outra, que deve ser representada, que deve ser conduzida da melhor maneira possível! Então já tô tentando definir: médico é uma profissão igual a qualquer outra profissão. O que é ser bom médico? É exercer a profissão com coerência, com competência e com humanidade, né? Eu acho que essas três coisas pra mim são as fundamentais, né? Tem que ter o mínimo de conhecimento pra você poder ajudar alguém. Segundo lugar, tem que ter o mínimo de humanidade pra poder chegar a este alguém que você vai ajudar. Terceiro lugar, tem que ser um meio da tua sobrevivência, tá... Eu acho que a competência tem que abranger todo médico. A humanidade, no relacionamento com o paciente, com a doença, tem que ser todo o médico. A busca pela sobrevivência econômica e financeira, tem que ser todo mundo! Então, acho que seriam condições mínimas, mas comuns a todos. (O, M)

Outro entrevistado entende que um aspecto que facilita a dedicação do médico à profissão é o fato dela vir de uma família que tem recursos financeiros e, assim, não ter que se preocupar tanto com sua sobrevivência. Tradicionalmente, como vimos nos capítulos 2 e 3, as famílias ricas no Brasil formavam filhos médicos que não precisavam se preocupar com sua sobrevivência financeira, algo que mudou com o passar dos tempos, levando os médicos a buscar ganhar dinheiro com a profissão para sobreviver. No entanto, este entrevistado

acredita que a profissão hoje já não garante mais o sustento do profissional como antes, algo que ele acredita ser um dos motivos da medicina ser mais procurada atualmente por mulheres:

Então a facilidade sócio-econômica também te permite isto, eu posso dizer que tive uma felicidade muito grande de nunca ter precisado trabalhar até me formar médico... mas meu pai garantiu o sustento da gente e minha mãe também até eu me formar, eu não precisei trabalhar, agora se eu tivesse que trabalhar durante a faculdade provavelmente minha capacidade, de ter tempo de estudo, seria menor, óbvio... tá havendo até uma mudança do perfil na sociedade do acesso aos cursos de medicina, cada vez mais homens deixam de querer fazer medicina e mais mulheres querem fazer medicina, se você pegar as escolas médicas, é claro que podem haver exceções, as turmas são constituídas a maior parte hoje de mulheres, isso não é só um reflexo do movimento feminista, da expansão da participação da mulher na sociedade, é um reflexo também da deterioração da função do médico na sociedade ... a chance do cara ser médico para prover é muito menor, se você pegar um extrato da turma de medicina da U (outra instituição em que trabalha) dos últimos sei lá, quinze, dez anos você vai ver que mais de 50% da turma são mulheres, e isso se você for pesquisar uma das razões é esta que eu estou falando (A, M).

Quanto ao tipo de conhecimento que os profissionais médicos devem ter, os entrevistados mencionam que ele deve ser atual e prático, vinculado a técnicas e tecnologias de cuidado. Eles entendem que ter habilidades relacionadas a valores humanísticos e aspectos sociológicos envolvidos no cuidado por si só não é suficiente e não supre a importância do conhecimento biomédico atualizado e da tecnologia, como se pode ver nas falas a seguir:

Tem que ser competente tecnicamente, você tem que saber o que está fazendo, ter o conteúdo teórico sempre atualizado, os seus equipamentos, você tem que utilizar sempre os equipamentos mais adequados para aquele paciente, não adianta você ser uma pessoa super-simpática, conversar, ouvir bem mas na hora técnica não executar... O médico tem que ter um equilíbrio, essa é a maior preocupação que a gente tem, a gente nunca pode deixar de ter essa habilidade técnica, essa formação científica em excelência porque é isso que dá confiança ao paciente, que é um item importantíssimo, o paciente não pode confiar naquele que não sabe, então tem que ter o total equilíbrio, não pode ressaltar um e esquecer do outro. (F, F)

As ferramentas que você vai ter da... das competências mesmo, das habilidades técnicas, né, a tecnologia que você vai usar complementa, você tem que saber, lógico, não vai ficar só na “papoterapia”, o conhecimento mesmo, o cognitivo que você precisa, o raciocínio clínico e tal, é fundamental! Mas para isso ser executado,

ele precisa de ouvir, sedimentar...(C, F)

Formação técnica é imprescindível, sem o saber ele num... pode ser uma pessoa que tenha toda simpatia pelo outro, caridade, tudo, mas se ele não tiver o que analisar ali, se ele não tiver informação ele não vai prestar um bom serviço, então informação tem que ter...Paciência... há... simpatia no sentido de não de ser bonzinho mas de entender o que o paciente tá querendo passar pra ele, nesse sentido simpatia... paciência, simpatia, informação..... e a própria compaixão né, vem dentro de simpatia. Eu acho que com essas três coisas dá pra fazer um atendimento bom, fácil (risos), eu acho assim... esse caráter impessoal do atendimento é que eu acho negativo, mas é esse tipo de incorporação de tecnologia e essa parte moderna, métodos de imagem eu acho totalmente positivo nos ajuda, mais do que nos atrapalha, eu acho. (U, F)

Eu me preocupo muito, por exemplo, eu sei tratar muito bem hipertensão arterial, eu sei quais são as medicações que devem ser dadas. Então, basta pra mim esse papel! Isso é uma maneira de se pensar. Eu acho que hoje a gente tem que acrescentar, eu sei diagnosticar hipertensão, eu sei quais são as medicações que devem ser usadas, mas eu tenho que me preocupar com outro lado também: se o paciente tem condições de usar essa medicação, ele tem acesso a essa medicação, ele tem acompanhamento da sua pressão, do seu problema, da sua patologia. (O, M)

Um dos entrevistados enfatiza a importância da inteligência e de certas capacidades cognitivas que, segundo ele, também devem estar presentes num bom médico, além dos aspectos humanísticos:

Além dos valores que eu já falei, éticos, morais, religiosos, tal, existem os aspectos... de recursos financeiros, que garantam a realização do curso, existem aspectos individuais do aluno, próprios de seus aspectos cognitivos inteligência, capacidade de memorização, concentração (A, M).

Alguns entrevistados mencionam certos aspectos, relacionados às diferenças entre os médicos e que, segundo eles, podem levar a uma má conduta dos médicos pela falta, muitas vezes de motivação vivenciada pelo profissional. Entre eles, estão, por exemplo, a má utilização de recursos decorrente da priorização dos interesses financeiros, a valorização de formas de atuação mais rentáveis financeiramente, o desgaste devido à má remuneração, a atuação em diversos lugares e/ou em locais inadequados e com poucos recursos e pouco tempo para estar com cada paciente, como se pode observar nas seguintes falas:

Como toda profissão a gente tem os médicos que não visam o ser humano, visam mais a parte financeira, isso acontece, atualmente, a gente fica até triste de constatar este fato, porque as pessoas só pensam em projeção social, no status, e ..existe esta dicotomia na medicina,o foco é nos procedimentos e nos diagnósticos, não é mais o paciente, então você olha o paciente mas olhando por trás dele para ver o que eu pode fazer de procedimento, e o que eu posso fazer de exame para.. ganhar algum dinheiro então... O bom médico vai precisar de uma coisa que é importantíssima que é o tempo para lidar com o paciente, os médicos que a gente está colocando aqui como não sendo bons médicos, seriam aqueles que em virtude da preocupação em fazer o maior número de procedimentos, de exames, eles acabam é é diminuindo o tempo na relação médico-paciente, então o tempo de contato é mínimo, então se nunca vai exercer a medicina como ela realmente deve ser exercida. (F, F)

O não ser bom, é... a gente, nós, nós na área médica “tamo” caminhando cada vez mais pra isso! Pra essa ineficiência pro paciente, que a gente vê o paciente cada vez mais carente, a gente vê assim, a medicina, na parte da, na parte estrutural, na parte é... de... como é que eu vou dizer? Com a parte de equipamentos, né? Cada vez crescendo, cada vez crescendo, e já a parte médica cada vez mais o médico se distanciando, porque se acomoda no pedido do exame, é a pressa de atender o paciente... Se acomoda por facilidade técnica, se acomoda por pressa, porque ele, às vezes, aí, entra o que ganha, porque ele não trabalha num lugar só! Ele vai de um pro outro, e esse um pro outro, esse deslocamento, ele tem que tá em outro mais rápido,né. Então isso, isso também é um fator que prejudica e muito a relação dele com o paciente, e é isso que acaba desanimando o próprio médico, porque ele não consegue ver bem, a pessoa bem, o seu paciente bem, e aquilo ali, no fundo, no fundo vai trazendo desânimo a ele, e aquilo vai virando uma bola de neve, ele vai se distanciando, se distanciando, quando daqui a pouco ele tá tão longe que pra ele é mais fácil continuar do que tentar voltar(B, M).

Sim da qualidade do.. do ambiente em que você tá trabalhando faz diferença né. Se tem uma barulheira, se tem aluno do lado, se tem... se entram várias pessoas numa sala e você praticamente não tem individualidade daquela consulta, todo mundo olhando eu acho que faz diferença sim; parte... do ambiente faz diferença (U,F).

O local de atuação do médico, como o serviço público ou privado, bem como o fato do país ser pobre ou rico, foram apontados como algo que pode levar a diferenças em relação ao conhecimento necessário e à maneira do médico conduzir sua prática, ainda que isto não seja necessariamente responsável por sua má conduta, como se pode observar nas falas a seguir:

Nem todo mundo pode fazer um exame que é caro, né, que a realidade delas é diferente da realidade daqueles que podem, não me fiz clara, né? Logo assim que eu me formei eu não conhecia as diferenças sociais, e ao longo do meu caminho é que eu comecei a perceber o quanto isto era importante, o quanto isto fazia que eu tivesse que mudar o procedimento que eu precisava fazer, né. Ou seja, ao invés de pedir um exame e dar na sua mão, muitas vezes, eu ter que procurar quem faz o exame para fazer com que possa acontecer aquele exame mesmo, então isto veio acontecendo ao longo da vida, né e aí o gostar de estar junto de pessoas ele tem que estar sempre com a gente... É por isso que eu disse que eu não conheço maus médicos mas pessoas que não tem a possibilidade de trabalhar como gostariam. Não sei, eu acho que o serviço público tem excelentes médicos, dedicados, lutando, às vezes com dificuldades, desempenhando o deles pro serviço e pra poder fazer, não sei eu não teria parâmetros para julgar. O que às vezes as pessoas referem como mau médico pode ser até aquele médico que não é um bom médico para aquela pessoa, no relacionamento eles não se entenderem. O famoso erro médico, ele existe mais em menor número do que se diz que foi... (H, F)

Ser um bom médico depende do lugar onde você está inserido, também porque um bom médico, por exemplo no interior da África Subsaariana, talvez seja diferente de um bom médico no interior dos Estados Unidos, nas grandes cidades dos Estados Unidos, nos países da Europa, na Austrália, enfim, mas, no Japão, mas eu não digo isto no sentido de que todos os princípios são diferentes, alguns princípios são imutáveis independente de onde você esteja, ... agora é inegável que ser um bom médico envolve deter conhecimentos teóricos, e ser capaz para lidar com os desafios que ele enfrenta, e estes desafios são variados conforme a complexidade de onde você está...a gente estuda a vida inteira que, tem coisas que a gente vai aprender depois da faculdade, muitos anos depois da faculdade, e eu acho que o bom médico em suma tem que ter uma bagagem teórica forte... e esta bagagem depende também do meio em que ele está inserido porque o médico no interior da África Subsaariana não precisa deter conhecimentos profundos sobre exames complementares que ele nunca vai aplicá-los, agora se você tá falando de um médico num hospital universitário, ou num hospital de ponta, aí você tem tentar procurar deter conhecimentos mais profundos sobre esta realidade, entendeu. O que eu acho varia é a complexidade do conhecimento teórico e as habilidades que o médico deve ter, isto depende do meio (A, M)

Quando você trabalhava no serviço público, e eu trabalho, você tem um pouco desse viés, dessa coisa filosófica de atender a pessoa mais carente. Agora, não que no privado não tenha pessoa carente, a pessoa carente que eu digo é a pessoa que está desesperada, que está doente, ela está sempre mais sensibilizada... Esta

formação humanística que talvez o servidor público tinha de lidar com a pessoa carente, está acabando...(P, M)

Para um dos entrevistados a falta de humanização na relação com o paciente pode gerar uma má conduta médica , o que diferenciaria, assim, o bom médico do mau médico:

Falta ele sentar, falta ele ouvir, aprender a ouvir, aprender a falar, coisa que o médico, nós, somos muito arrogantes! É: “Toma aqui o teu remédio”, você chegou, fez a sua queixa, eu pensei em milhões de coisas, fiz um monte de exames e te prescrevi o que eu achava mais provável. Ponto! Ai você vai, e acaba que você, o paciente sai dali sem ter a mínima idéia de que exame que tá fazendo, como é que faz o exame... Você vê, eu já tive paciente que chegou pra mim horrorizado porque eu pedi pra fazer uma colonoscopia, e ele foi fazer a colonoscopia e não tinha a mínima idéia por onde aquele tubinho ia entrar! Então quer dizer, é... Isso é o mínimo de consideração! Ele saber o quê que você tá pedindo, por quê que você tá pedindo, o paciente vai tomar o tal remédio, explicar pra ele que possível efeito colateral que ele vai ter... Isso minimiza até a quantidade de ligações que ele possa te fazer! ... Então, é... isso daí requer tempo, né? O paciente precisa, o médico precisa ter tempo com o paciente pra poder explicar essas coisas, precisa ter ouvido, ele tem que ouvir. Tem que ter paciência pra ouvir, tem que ter paciência pra falar... (B, M)

Para outro entrevistado, o que diferenciaria o bom médico do mau médico pode estar ligado à falta de conhecimentos teóricos ou práticos para atuar em sua área, decorrente de falhas em sua formação ou até devido à impossibilidade dele deter todo o conhecimento médico:

Eu acho que o mau médico ele pode ser um médico insuficiente naquilo que ele deve realizar por conteúdos, é teóricos ou práticos não aprendidos, isso é extremamente comum... então você pode ser um médico que não está suficientemente preparado para determinadas áreas, determinados aspectos, agora isto são coisas compreensíveis do ser humano, o sujeito não deter todo o conhecimento de uma determinada área, ou grande parte do conhecimento de uma determinada área, é próprio do ser humano, as limitações do ser humano, nós não capacidades infinitas de armazenar dados, de aprender, nós temos limitações (A, M)

No que diz respeito às especialidades médicas, alguns entrevistados defenderam que estas possivelmente conduzem o médico para uma postura mais humanista, no caso de especialidades clínicas, ou mais tecnicista, no caso da radiologia e cirurgia, por exemplo, sendo este, portanto, um dos aspectos que diferenciaria os médicos :

Pra algumas especialidades eu acho que tem assim, características fundamentais, por exemplo: eu não seria... da área cirúrgica, porque é muito tecnicismo e pouco relacionamento, eu acho que isso faz uma diferenciação, né? Um clínico, o pediatra, até o obstetra, o ginecologista, eu acho que tem um pouco mais de relacionamento. O cirurgião ele é uma... a gente caracteriza o cirurgião sempre como uma pessoa mais fria, né, mais distante... Embora a gente veja cirurgiões, né, que tem outra postura. Mas, ele é mais... é... a gente fala até... a gente brincando, fala que o cirurgião é aquele que quer logo abrir, cortar, entendeu, pra ver por dentro. Ele não quer para e ficar olhando, escutando história não, né? A área da clínica vê mais isso. Você tem que escutar, elaborar, conversar... Então pra algumas especialidades, você tem diferenças, assim, bastante interessantes, como essa do cirurgião. O ortopedista, por exemplo, né? O cara que tem muito menos, assim, relação com a história toda do paciente, porque geralmente, ele tá vendo uma coisa pontual, né? É uma tendinite, é uma fratura, é uma luxação de quadril que ele tem que corrigir... Então, são coisas assim, muito pontuais, você acaba não vendo o paciente no centro... eu acho que vai muito por causa da área que ele vai atuando. Eu já vi assim, bons estudantes que tinham assim, esse olhar mais de atenção, de ausculta, de parar e examinar e ao se tornarem ortopedistas perderam. Eu já reparei isso! Assim, de acompanhar, né, o aluno no hospital... (C, F)

Se a especialidade é mais clínica, é mais cirúrgica a gente vê que há uma diferença de abordagem né... num geral há (U, F)

Dois entrevistados, apesar de apontarem algumas diferenças relacionadas à especialidade ou à atividade exercida pelo médico, entendem que o mais importante são as características que unificam a prática médica, o que aponta para uma busca de identidade profissional:

Quando você fala assim, “a diferença de um pro outro”... Não! Não! Não é não! Porque dentro de cada especialidade, o ouvir é imperioso, o orientar é imperioso, então, isso aí não vai mudar em qualquer uma das especialidades, isso aí não vai mudar não! É, vamo dizer em qualquer uma, raríssimas, na radiologia pouco se tem contato com o paciente pra dizer “pouco”, pra não dizer “quase nunca”, mas de um

modo geral, as especialidades clínicas, elas tem que ter, tem que ouvir, tem que ter conversa, tem que botar a mão!(B , M)

Há quem desenvolva mais um lado e menos o outro, há quem se mostra muito competente, mas na hora do agir no relacionamento com o paciente, essa competência não ajuda em nada! Então, acho que... o ideal seria, que essas três grandes linhas fossem comuns a todos, e depois, então, um poderia se tornar um pouco mais acessível, um pouco mais humano, um pouco mais compreensivo do que outro, aí seriam características individuais, mas o mínimo necessário, eu acho que dessas três, todo mundo seria obrigado a ter....Eu acho que todo o trabalho médico, em qualquer setor ou em qualquer especialidade, ele tem que ter aquelas características que nós falamos. Evidente, existe uma especialidade médica, vamos colocar aqui: radiologia, o médico não tem o relacionamento com o paciente, diretamente. Ele é lá um interpretador dos exames. Então, ele não tem essa questão da humanidade médico-paciente. Mas antes disso ele tem que ter se relacionado com o colega de trabalho, com os auxiliares, com a equipe que solicitou os exames, então, eu não sei! Qualquer especialidade, qualquer atividade médica, ela sempre supõe aquilo que eu falei. Eu posso ser um clínico, que estou em contato todo dia, toda hora com o paciente, como eu posso ser um cientista lá, só estudando teorias ou elaborando alguma coisa nova, mas pra mim, tem que ter tanto competência de um lado quanto do outro. Tem que ser um cientista humano tanto dum lado quanto do outro. E assim por diante! Não veria a especialidade como fator de diferenciar qualquer ser médico, e o que é ser um bom médico. (O, M)

Uma das entrevistadas acredita que quando o médico não tem vocação para a clínica, prática que seria a mais característica da profissão, pode atuar em áreas paralelas que se distanciem do cuidado e que também são importantes. “Botar a mão na massa”, expressão por ela empregada para se referir, ao ato de examinar o paciente, é situada pela entrevistada no mesmo patamar que a pesquisa, que se relaciona ao conhecimento e ao desenvolvimento do saber biomédico, diferentemente da filosofia e das políticas de saúde pública, que são percebidas por ela de forma distinta, como outro tipo de atuação. Quanto às condutas mais tecnicistas na prática clínica ou cirúrgica, esta entrevistada entende que elas podem se fazer necessárias para um cuidado adequado do paciente e, portanto, não devem ser interpretadas como não humanizadas. Assim, a especialidade médica não seria, para ela, um aspecto relevante para estabelecer uma diferenciação entre os médicos, e o que levaria um indivíduo a escolher uma determinada especialidade médica estaria mais ligado a traços de sua

personalidade. Na visão desta entrevistada a identidade médica, hoje, abarca diferentes traços:

Ele pode ser um excelente médico pesquisador, ele não vai ser um médico clínico, atuando na ponta, vamos dizer assim, mas ele vai ser um pesquisador de ponta para poder atuar nessa pess, neste meio que ele não sabe como lidar, isto é característica pessoal, eu posso ser um excelente estudioso e eu querer muito, muito ajudar, mas eu não tenho esta comunicação, eu consigo me fazer entender, não consigo viver esta prática, mas bolas eu posso conseguir descobrir uma determinada vacina que vai salvar aquelas vidas, que eu não sei como lidar pessoalmente. Isto é característica. Se ele tem dificuldade de botar a mão na massa ele é um estudioso, vai ser um filósofo da medicina, porque para ele ser um pesquisador ele precisa mais do que isso, né, ele vai ter que botar a mão na massa sim, o estudo é a base para o aprofundamento vai precisar para ele chegar às conclusões que ele precisa chegar. É diferente de um grande estudioso que vai ser um filósofo, ou um grande político de saúde pública, que também é necessário. Eu preciso ter o conhecimento para poder desenvolver políticas adequadas a uma população. Mas isto é característica individual. Quando se fala que o ortopedista é bruto, bruto é o ato que ele precisa fazer, porque assim para quem olha, colocar um osso no lugar é de fato uma brutalidade, mas se as mãos não forem delicadas numa cirurgia ele estraga, não concerta. Então ele precisa ter esta habilidade pra conseguir reduzir uma fratura, ou usar aqueles instrumentos que ele precisa usar para conseguir o objetivo dele que é que aquela pessoa tenha de volta a função que naquele momento está prejudicada. O cirurgião ele é elegante, ele tem um, né... ele tem pouco contato? Não tem não. Geralmente o cirurgião entra numa emergência, né, é um momento em que a pessoa chega e precisa ir ao centro cirúrgico, mas bolas e o pós operatório, não é ele que está lá? O que faz cada indivíduo buscar uma determinada especialidade, isso é inerente à personalidade dele mesmo, é o que ele gosta de trabalhar: eu gosto de trabalhar nas emergências, ou não, gostaria de estar mais calmamente, pesquisando, analisando, buscando indícios pra que possamos modificar isto para o futuro, é característica mesmo(H, F).

Quanto às transformações que a medicina sofreu ao longo do tempo, a maioria dos entrevistados entende que estas estariam relacionadas a mudanças sociais mais amplas, que acabam por refletir na relação médico-paciente, como as que estão ligadas ao próprio conhecimento biomédico e que imprimem mudanças na prática médica. Algumas características são ressaltadas pelos entrevistados como pertencentes ao passado da profissão médica, como o carinho, o respeito pelo médico, a aceitação incondicional de suas prescrições e o uso da vestimenta branca que o diferenciava, enquanto outras seriam próprias do momento

atual, como uma maior aproximação na relação médico-paciente. Tais mudanças, segundo os entrevistados, teriam aspectos positivos e negativos, como podemos ver nas falas abaixo:

Eu via meu pai andando pelos corredores de branco, e os doentes, na época o respeito pelo médico era maior do que hoje em dia, a consideração, os tempos eram outros, talvez se possa dizer que os médicos era outros, a complexidade do conhecimento era outra, era mais fácil não sei, enfim, os doentes se levantavam: - Bom dia doutor. Eu achava aquilo assim, eu via o carinho, a consideração que as pessoas tinham, eu achava muito legal a idéia de ser médico... (A, M)

Eu tenho este livro, professor tradicional, e ele fala que realmente o médico está perdendo seu valor...tinha um respeito maior pela carreira da medicina antigamente, mas isso é culpa do próprio médico, que a gente tem se colocado... a gente não se coloca na posição que teria que se colocar, ele coloca que o médico tem que estar num patamar acima do seu paciente, eu não acredito que seja assim, ele ressalta a necessidade do uso do branco, do jaleco branco, o jaleco sim eu concordo, mas o branco total, hoje em dia, quase.. no dia a dia o médico vai numa correria de um lugar para outro não é tão viável, mas a importância do jaleco branco, o símbolo... para diferenciar o médico, ele ressalta a importância da gente estar se diferenciando, ele acha que é uma coisa necessária. Eu acho que é importante, mas não sei se é tão importante como ele coloca no livro... seria o símbolo do médico seria o branco, um dos símbolos, usar o branco,o jaleco branco, mas, identificando a pessoa que você tá olhando e pode confiar, não no sentido de diferenciar: ele é médico, eu sou paciente, o branco para mim simbolizaria aquele que pode auxiliar a resolver seu problema... na minha opinião nós temos uma importâncias iguais no mundo, cada um tem o seu papel, naquele momento eu tô auxiliando... teoricamente eu me sinto igual ao meu paciente como ser humano, né. Numa visão tradicional acho que ele, o professor que eu estou citando... ele se colocava como uma pessoa separada, inatingível, lá. Eu não sou assim não, eu sou totalmente atingível até meus problemas, eu coloco até meus problemas, às vezes, como médica eu falo : isso é comum, não fica assim, lá em casa também já teve esse tipo de problema, a gente tenta fazer isso para se colocar.. aproximar do paciente. (F,F)

No sentido seguinte: antigamente, o que o médico falava está falado e não se discute, o que o mestre falou tá falado! Então, o médico era o sacerdócio, o que ele dizia tinha que ser aceito, mesmo que discordasse... Então, o que o médico dizia o paciente obedecia, hoje o que o médico diz o paciente contesta. Mas será que ele contesta porque ele está evoluindo na maneira de conceber a saúde ou será que ele apenas contesta pra exigir uma coisinha pessoal e não uma mudança estrutural? (O,M)

No que diz respeito mais especificamente à relação médico-paciente, a maioria dos entrevistados entende que houve mudanças no que se refere ao respeito e à confiança que o médico inspirava nos pacientes e que hoje já não inspira mais. Para os entrevistados, isto seria, em parte, decorrente de fatores como a polarização dos serviços médicos através dos planos de saúde, a valorização da idéia de que o paciente é um cliente de serviços médicos e, como tal, tem direitos de consumidor, ou da mídia, que dá muita ênfase ao erro médico:

Na verdade, a maioria das pessoas hoje... tem plano de saúde para todo o poder aquisitivo, então as pessoas estão tendendo à uma coisa mais privada, uma coisa mais mecânica, mais ... de serviço e consumidor. Aquela relação médica entre paciente... de O PACIENTE e O MÉDICO(ênfase) está se perdendo. Então, você está indo mais para um lado de consumidor e prestador de serviço... eu acho que tecnicamente, é uma boa medicina, mas a relação médico-paciente, já é uma relação desgastada, porque o próprio paciente que usa esse tipo de medicina, ele trata o médico como um prestador de serviço, e não como médico, como era antigamente. A pessoa ia, “eu vou no médico”, quer dizer ela ia em uma pessoa que ela confiava, para falar dos problemas dela, enfim... se abria, falava da família, como um todo, né, falar do próprio problema dela de saúde. Hoje, ela vai já com uma desconfiança, é um prestador de serviço, com idéia de processar, de repente se o cara errar... Quer dizer, a relação de confiança já não tem mais. Já não existe aquela relação de confiança, que tinha antigamente. O cara já, e fala assim: eu já vou procurar uma segunda e uma terceira opinião. Quer dizer, a relação médico-paciente, parte humana...“ah, eu vou no médico, eu vou me consultar... o meu médico é meu amigo”, isso não está acontecendo mais. É uma relação realmente, de prestador de serviço. (P,M)

E houve uma mudança também na expectativa da sociedade, mas uma mudança negativa para mim, que muito me incomoda , uma das coisas que mais me incomoda como médico, é quando eu vou atender uma pessoa que não me procurou indicada por ninguém, -‘ah procura fulano de tal que pode te ajudar’, quando eu vejo alguém que chega para atendimento e eu sou mais um dos profissionais no meio de um mundo que ela parou comigo , a gente às vezes vê uma desconfiança, a pessoa olhando pra você como você fosse um potencial ‘cometedor’... de erros médicos... Então de certa forma, chama muita atenção, você diz: ‘Houve um erro médico!’, a imprensa logo notifica e não notifica os duzentos milhões de acertos médicos, mas os dois ou três erros médicos. (A,M)

Eu acho que atualmente, a sociedade não tem essa expectativa tão assim... desenhada com tanta clareza, não. A gente vê na... mídia, né, de uma maneira geral, o médico, por ser assim uma pessoa tão exposta à crítica, né? Ao erro, né? O que aparece mais é o erro, né? O que vira notícia é o médico que operou a perna errada, que... era um parto que devia ser assim e foi assado, aqueles dois que discutiram no centro cirúrgico e a criança morreu, então a gente vê muito, muito marcadamente uma distorção da imagem do médico, pública! Eu avalio assim: você tem quantos milhões de médicos aí no Brasil? Você vê na mídia um, outro que fere a imagem e isso que aparece! O que tá fluindo, as UTI's que funcionam dia e noite, que salvam vidas, né? O ir pra criança, né? O prematurinho que é salvo lá, né, isso não aparece na mídia, né? Então você tem exposto na mídia uma imagem distorcida do médico...(C,F)

Um dos entrevistado afirma que o próprio médico, ao mudar sua prática, distanciando-se do paciente, foi, em parte, responsável pela desvalorização social da profissão:

Botar a mão, aí que assusta mesmo, né? Já vi paciente ficar, de olho lacrimejar, porque você examinou ele, e dizer: “nunca aconteceu isso, já passei por... tem a idade que tem, já passei por vários médicos, mas nunca nenhum médico me botou a mão!” Olha só que...! Aí o médico passa e a gente vê que isso que acontece, né? É... os escândalos, é, porque antes, quando você falava no médico família, o médico tinha um nome, né? Ele tinha um respeito! Hoje não! Hoje é... é como qualquer outro, não é dizer que ser médico teria que ser diferenciado não! É que não poderia ser desrespeitado como é! E como é hoje, porque nós tamos fazendo desse jeito! É porque nós não botamos a mão, é porque nós não damos atenção, porque nós pedimos mais exames do que examinamos o paciente, então, isso que nós provemos hoje, é culpa nossa! (B, M)

Outro entrevistado ressalta a mudança ocorrida na forma do médico se referir a quem atende. Se antes era comum falar em paciente, hoje alguns preferem chamar de cliente. Apesar de entender a importância que o médico deve dar a sua profissão como meio de sobrevivência, este entrevistado acredita que a relação médico-paciente não deve se transformar numa relação de prestação de serviços:

Essa coisa de dizer: é direito do médico e é direito do paciente, ou é direito... eu continuo sempre falando o paciente... e gostaria que você registrasse isso, sou contra dizer que é cliente, tá? Eu não aceito isso! É a minha idéia, não tem nada de

científico, mas tem de uma visão, tá...Puramente de uma relação de interesses, tá! Interesse do doente de ser atendido e o interesse do médico em ganhar o seu trabalho! E eu acho que isso é muito pouco, não na medicina, em qualquer outra dimensão, né? Eu acho que a gente tem que ganhar o seu..., um pouco do seu trabalho, o paciente, o doente, tem que ter o seu atendimento, mas eu acho que não basta só isso, o relacionamento entre duas pessoas tem que ser um pouco mais do que isso, não é? E quando você fala em clientes e profissionais é uma relação muito fria! E de muitos interesses isolados, separados... (O, M)

Um aspecto ressaltado por alguns entrevistados foi a valorização, por parte dos médicos e da sociedade de um modo geral, do cuidado imediatista, emergencial, em detrimento da promoção da saúde de modo mais amplo. Eles entendem que, se ainda hoje, como antigamente, o médico se vê como dono da verdade, como sacerdote, como alguém que cura as doenças, a sociedade vai desejar isto dele e a expectativa sobre a atuação do médico torna-se equivocada. Para eles, a sociedade está mais exigente, mais crítica em relação às práticas e ao conhecimento do médico, o que fere sua onipotência e deveria provocar mudanças em sua prática, algo, segundo eles, positivo. Contudo, o que se observa é que hoje o poder na relação médico-paciente, muitas vezes, parece estar “trocando de lado”, isto é, o médico é impelido a fazer o que o cliente quer, enquanto que o mais importante, que é a mudança de ênfase da visão da cura das doenças para a promoção da saúde e prevenção de doenças ainda não se deu:

Eu acho que a sociedade ainda espera aquilo que se dizia antigamente do médico. Infelizmente é o seguinte: o médico está aí para me tratar, se ele não conseguir me tratar, ele não é um bom médico! O médico está aí para pedir os exames que eu quero fazer, se o médico não quiser pedir os exames, ele não serve! O médico está aí e eu acho que... a sociedade, a maneira de pensar da sociedade, dos pacientes, reflete muito a maneira como o médico foi até hoje, eu sinto isso! Se eu como médico me coloco numa Unidade Básica de Saúde tentando ver, não a doença, mas sim à promoção da saúde, a educação, a orientação para prevenir doenças, não promover só saúde, mas também prevenir doenças... o povo em geral não vai saber valorizar, ele vai saber valorizar isso quando ele também mudar a sua maneira de pensar, quando ele também mudar a sua maneira de encarar que, doença é uma coisa, mas o que eu me preocupo é a promoção da saúde, e o povo em geral não tá preocupado com isso... Hoje, a sociedade mudou! Ela já não aceita tão pacificamente aquilo que o médico fala, nesse sentido, a sociedade mudou! Mas eu vejo que a cultura mudou no sentido de: eu hoje quero mais os meus direitos do que antigamente. Então, a sociedade mudou! “Ah! O médico não me atendeu! Eu vou

na Justiça, eu vou no jornal, eu vou na televisão!” “Ah! Não sei! O remédio não existe mais! Eu vou no Fórum, eu vou não sei onde!” Então, o comportamento da sociedade mudou, mas mudou no sentido mais de exigências e não no sentido de evoluir! Não sei se eu “tô” conseguindo me expressar. Hoje... antigamente, o doente aceitava puramente o que o médico diz, hoje não aceita mais. Mas ele não aceita mais no sentido de reivindicar apenas umas coisinhas de benefício pra ele, e não de mudar a mentalidade dele, onde o médico é um agente de saúde e não um agente de doença! Hoje, eu não senti que tá mudando isso não, tá? (O, M)

Você ainda vê que as pessoas procuram o médico como uma... assim, o detentor de que vai resolver uma certa situação, né? Procuram mesmo! As pessoas: “Ah! Eu preciso ir no médico porque eu tô sentindo isso!” Às vezes umas coisas que bobas, né? Na emergência a gente vê muito isso, como que as pessoas se despencam... Eu nunca me despencaria de casa de madrugada por causa de uma dor de cabeça, entendeu? Mas as pessoas vão pra emergência, porque acham que aquilo é muito grave, então precisa ir no médico! Precisa de um cuidado que ele não tá respondendo naquele momento, que pra ele não interessa se tá de madrugada, se é de dia, ele vai mesmo! Então, as pessoas procuram o médico! Se assim não fosse, a gente não teria superlotações aí dos serviços de urgência, né?... Então, as pessoas confiam naquela figura, né, emblemática e tal, mas quando você olha que o que eles estão procurando no médico, talvez a gente não responda com a devida (pequena pausa) necessidade daquela pessoa(C,F).

Dois dos entrevistados ressaltam que hoje o paciente traz conhecimentos sobre sua doença retirados da internet ou tem idéias formadas, mas sem embasamento científico, que o levam a questionar o médico ou a querer confirmar um diagnóstico que ele mesmo já fez:

O próprio paciente já vem com informação da internet, acho que muito mudou da dinâmica até da consulta né, antigamente o paciente vinha sem saber nada e hoje ele vem já com dúvidas a tirar né, eu acho que nesse sentido mudou, a parte tecnológica fez diferença; e essa abordagem do profissional né... como ele nos vê. (U, F)

O “cara”, pouco fala, fala só do problema dele, e quer que o médico seja resolutivo. Se eu estou com dor no peito, se vou ao cardiologista, eu não quero que ele converse sobre o meu hábito de vida, nada... Até o cliente já fala: “ó, eu sei doutor, eu fumo, eu como gordura, mas eu não quero saber disso! Eu quero que você trate”! Como se fosse tão simples assim. Como se você não tivesse que trabalhar... Antigamente, o “cara” chegava como o paciente, entendeu? Claro,ai você vai falar: mas antigamente os pacientes chegavam sem informações! Mas hoje eles chegam com muita informação sobre o problema dele, mas ele é leigo, ele não estudou, quer

dizer, a informação que chega é deturpada, também para ele. Então, ele já chega questionando o médico, ele não chega para ouvir o médico, ele chega para perguntar ao médico! Ele chega lá te questionando: “ah! Eu tenho Síndrome do Pânico”, tá, já li, no... Mas aí, se você não estiver atualizado, não, realmente não estudar... Talvez... Não é que ele saiba mais do que você, porque você estudou, mas ele vai te fazer umas perguntas, entendeu? Então é uma relação mesmo de consumidor. Igual a um técnico que vai na sua casa: “ó, por que a antena está ali, tira a antena, passa”... Coisa bem, bem mecânica! E antigamente não, as pessoas chegavam com as dúvidas, e até te perguntavam, mas sem essa relação agressiva de consumo, né... (P, M)

Alguns entrevistados se referem também a mudanças relacionadas, mais especificamente ao conhecimento médico em si, algo que se complexificou com o passar dos anos, e que é um dos motivos que impossibilita o médico de atender plenamente aos anseios da sociedade, que espera que ele solucione os problemas de saúde, de maneira geral. A velocidade na produção do conhecimento biomédico hoje diferencia, em grande medida, a atuação do médico no passado da sua atuação nos dias atuais. Atualmente, ele precisa buscar conhecimentos novos constantemente, algo difícil pelo excesso de trabalho a que o médico tem que se submeter para ter uma compensação financeira. Segundo estes entrevistados, a busca intelectual orientaria a atuação de alguns médicos mais voltados para o cuidado especializado na clínica, que envolveria o uso de tecnologias mais refinadas, enquanto que uma busca mais relacionada à prática tradicional orientaria os clínicos gerais, como podemos observar nas falas a seguir:

O desafio do médico hoje é muito mais difícil, há cento e poucos anos atrás ser um bom médico era saber escutar, examinar o paciente, prescrever uma dúzia de remédios que existiam e conhecer algumas doenças comuns como pneumonia, por vírus ou bactéria, dores de cabeça, umas duas ou três causas conhecidas até então, infecção urinária, as feridas, saber algumas cirurgias mais simples e hoje em dia você pega um livro de medicina e tem pra lá de 800 doenças e você tem que tentar conhecê-las, dependendo do desafio que você tem, do lugar onde você está inserido, você precisa tentar conhecê-las maior ou menor intensidade, o que eu quis dizer em suma é que há uma evolução histórica do médico para uma complexidade do conhecimento cada vez maior... e cada vez é mais difícil você ser, deter o conhecimento que se espera de você, o conhecimento mínimo, que o conhecimento médico avança numa velocidade assim surpreendente, então cada dia que passa é mais difícil você “tar”, um termo muito comum, a vários anos, “Up to date”, a cada dia que passa é mais difícil você “tar” totalmente atualizado em tudo... (A, M)

Assim, aquele médico que estuda mais e lê mais, quando ele está formado, apesar que a gente não tem mais aquele tempo que a gente teria que ter, eu acho que pelo menos uma hora, duas horas para você fazer uma leitura da sua área, e realmente a gente trabalha em vários (pequena pausa) serviços... e a gente não tem mais aquele tempo de leitura que... teria que ter duas horas de leitura técnica, eu acho! Para você se atualizar ou entrar em um site, alguma coisa... E você não tem. (P, M)

Antigamente um só profissional era capaz de cuidar de tudo e de todos da família e dava pra ter segurança nesse sentido e hoje em dia a gente não... eu acho que é tanta informação é... tantas coisas se juntaram que não dá mais pro profissional prestar esse tipo de serviço, ser o médico de família, eu não acho... alguns pacientes ainda vem com essa expectativa, principalmente os mais velhos. Os mais novos eu não vejo encararem assim, eles sabem que hoje é tudo muito rápido (U, F)

Alguns entrevistados, referiram-se à importância do médico ter uma visão clínica mais generalista, como a dos médicos de família ou do especialista em clínica médica. Segundo eles, um grande problema hoje é que se atua de forma fragmentada, isto é, o paciente vai a vários médicos e não se centraliza e unifica uma conduta terapêutica. Um dos entrevistados ressalta que a especialização, muitas vezes, serve para fins de prestação de serviço (e lucro), afirmando que para ele é difícil atuar junto a vários especialistas, mesmo que às vezes seja importante e necessário:

A minha filha, por exemplo, ela fez medicina também, eu falei: “ah, você faz o que você quiser, mas você vai ter que fazer a formação geral primeiro e bem feita, tá? Você tem que ser...” Por que eu falo Clínica? Porque Clínica é aquela visão generalista, né? Então, eu valorizo muito isso e o especialista não pode ser puramente especialista também, por quê? Ele fica muito restrito a um campo onde você não trata o olho do paciente, você trata o paciente que tem no olho a doença!(O, M)

É, antes, pelo menos o quê a gente ouve, né, existia o então médico de família, o médico... quando a gente fala no médico de família, é porque o médico realmente conhecia a família! Ele não conhecia só um membro ali, ele não tratava de um membro, ele muitas vezes ele tratava daquela família inteira! Claro que a medicina evoluiu muito, há de se ter os momentos de fragmentar, mas um fragmentar assim: é um especialista em uma determinada área, e que ele tem mais conhecimento ali pra ajudar, mas isso não quer dizer que todo mundo vai, que o paciente como um todo

vai viver fragmentado, né? Ah, se é problema é no coração vai ser lá e se o problema for no pulmão você vai no outro, e o coitado do paciente vive uma romaria, né? Vai de um pro outro, um pro outro, um pro outro! Sabe-se lá três, quatro, cinco médicos, muitas vezes cuidando do mesmo paciente! E o pior de tudo: isso aí, cada um, cada um prescreve uma medicação que tem interação com a outra, e eu fico, eu fico assustado de... Ainda mais na minha frente, a gente pega muito paciente assim! E aí entra o meu grande defeito: o tal do ciúmes! E eu tenho ciúme, e tenho ciúme dos pacientes mesmo! E aí, como é que é? Eu não gosto que ninguém bote a mão nos meus pacientes! E aí fica, vai, você vai lá? Eu te indico, mas antes de você tomar você vai me falar o quê você tá tomando! Então, isso eu sou chato! Com isso e sou chato! ... Tem o positivo, a partir do momento que você tem o profissional com o conhecimento mais aprofundado da coisa. É um grande benefício, né? Mas, é... com isso, o quê tá se fazendo, o clínico como um todo, o clínico, tá acabando o clínico, né? Todo mundo é... ou é cardiologista, ou é pneumologista, e o clínico geral mesmo, esse tem... vem cada vez menos! Eu não sei, eu acho, eu creio que seja pela, por essa necessidade de ter um papel! O papel que eu falo é... você tem que ter um papel lá no teu consultório dizendo o quê você é pra alguém te encaminhar. Então, que acho que pode ser por isso! Pode ser, uma... os convênios querem alguns especialistas, os serviços querem um especialista! Creio que seja isso! (B,M)

Alguns entrevistados acreditam que a expectativa em relação à atuação do médico hoje muitas vezes, é impossível de ser atingida, pois engloba aspectos relacionados ao passado da profissão, em que o médico era valorizado e/ou idealizado como dono da verdade pela sociedade e pelos próprios médicos e o conhecimento era mais simples. No momento atual, em que as condições de trabalho são distintas e a complexidade do conhecimento é maior, torna-se impossível para o médico se colocar numa posição de detentor absoluto do conhecimento, tendo havido, assim, uma desvalorização da profissão:

O que se espera do médico hoje, assim como há cem anos atrás, há cento e cinquenta anos atrás, é que o médico fosse quase um semi-deus, que não somos, nós temos altos limites humanos para isto... Se espera que o médico detenha todo o conhecimento, seja um exemplo de dignidade e postura, se espera ainda que o médico se vista bem, ande sempre de barba feita, com o cabelo penteado, muito bem arrumado, que o médico seja um exemplo de sucesso, numa sociedade que remunera mal o médico, que valoriza mal a educação e o ensino, a educação e o ensino e a saúde, então se espera que o médico seja, além desta fachada, que o médico seja humanitário e detenha todo o conhecimento para resolver toda situação

que chegue... (A, M)

Médico não tem problema, médico tem que estar sempre impecável, médico tem... na verdade ele não ouvia muito o paciente, médico coloca sempre, vê a doença coloca a solução, resolve tudo, eu já coloco que médico não tem que resolver tudo, na maior parte das doenças nós trabalhamos não com a cura mas com o alívio daqueles sintomas, então a gente já passa isso pra eles, como é que se fala : curar às vezes, aliviar muitas vezes, e e a gente tem que “tar” sempre confortando o paciente, isto é essencial, mas a idéia antiga é que a gente tem que sempre fornecer a cura, a solução exata do problema, isso é uma inverdade, a gente não tem a solução de todos os problemas ... a gente tem como confortar. (F, F)

Considerando-se os fatores que, segundo os entrevistados, caracterizariam o profissional médico, podemos entender que alguns são interpretados como marcas que a profissão traz desde seu início e que permanecem, se não no dia a dia, ao menos num ideal de prática, isto é, são mais ou menos compartilhados por todos os entrevistados. Assim, as características relacionadas aos aspectos humanísticos e práticos da profissão no atendimento médico bem como a disponibilidade para lidar com indivíduos, escutar, examinar “botando a mão” no paciente seriam consideradas questões que permanecem. Estes fatores se relacionam à tradição da profissão e à prática clínica. O conhecimento biomédico como fundamento desta prática também é outra pedra fundamental da definição do ser médico para os entrevistados, isto é, o médico deve ser um conhecedor da ciência que põe seu conhecimento em prática.

De acordo com Bulcão (2000), baseando-se principalmente nas idéias de Freidson (1970), um dos aspectos que caracterizam o trabalho dos médicos é ser mais aplicado do que teórico, “valendo-se de interpretações subjetivas e exercício de julgamentos, o que lhe confere um caráter personalizado, dificultando o seguimento de regras e normas de conduta” (BULCÃO, 2000, p.35). Por outro lado, o projeto da medicina científica consiste em transformar a prática clínica na aplicação de uma disciplina científica, o que trouxe importantes contradições ao discurso médico. A autora apoiada também em Schreiber (1993), afirma que o ideal de prática médica continua vinculado a um ato individualizado diretamente dependente do médico. Em outro trabalho, no entanto Schreiber (1995) aponta aí uma contradição, visto que a medicina moderna se afirma como trabalho intelectual e sua técnica como aplicação das ciências e de um

conhecimento que se propõe universal, o que implicaria “num ato sempre igual”, e , portanto, independente do médico (SCHREIBER,1995, p.59).

Bulcão (2000), em seu trabalho, também aponta que um dos aspectos ressaltados por seus entrevistados como um valor na profissão médica é o “ajudar os outros”, entendido como “ajudar os indivíduos” mais do que “servir aos interesses da coletividade” ou “servir a sociedade e à humanidade” , o que se assemelha à afirmação de Freidson citada pela autora, que a orientação para o serviço não é um valor proeminente como outros na profissão médica.

Os entrevistados de nossa pesquisa se referem a outras marcas que foram se acrescentando à profissão com as mudanças no conhecimento biomédico e o surgimento de novas práticas e novas tecnologias, mesmo que estas contradigam ou se oponham à antiga identidade médica. As práticas relacionadas à realização de exames e à valorização destes dados na clínica, muitas vezes em detrimento do “toque” e da “escuta”, são vistas por alguns entrevistados como negativas e, por outros, como consequência da necessidade de se atender mais indivíduos em menos tempo. Por outros, ainda, isto é visto como algo inerente ao trabalho especializado. Com relação às especializações, de modo geral, segundo os entrevistados, elas podem fazer com que os médicos com características pessoais mais voltadas a cada foco conduzam melhor seu trabalho. Alguns entrevistados entendem que esta mudança para uma prática médica mais compartimentalizada é inevitável diante da complexidade atual do conhecimento biomédico. Para Bulcão (2000 citando Freidson 1970), os valores que conduzem os “generalistas” e clínicos gerais geralmente estão mais relacionados à proximidade com o paciente e à ajuda as pessoas, enquanto que os especialistas enfatizam valores relacionados a ganhos mais intelectuais (conhecimento prático) e econômicos (retorno financeiro, segurança econômica). Já os profissionais que tem uma orientação mais acadêmica tanto na prática docente quanto na pesquisa “valorizam descobertas científicas e apresentam interesse no bem-estar social” (BULCÃO, 2000, p.41). Como se pode observar na análise dos discursos, percebemos um olhar generalista dos entrevistados que tem formação em Clínica Geral, mesmo quando eles tem outra especialização, isto é, eles valorizam muito o exame clínico, a necessidade de se ter um olhar mais global, referindo-se, muitas vezes, à dificuldade de “dividir” seu paciente com outros médicos. A especialização é apontada, especialmente por um dos entrevistados, como algo que dificulta uma condução mais uniforme da prática médica, que seria característica de uma

forma mais tradicional de se exercer a medicina, como a prática do médico de família e do Clínico Geral, e que subsistem atualmente na Clínica Médica.

O olhar especializado mais estrito enfatiza interesses de pesquisa e acadêmicos. Contudo, mesmo os entrevistados que têm esta atuação mais voltada para a pesquisa clínica afirmaram que não se deve dispensar os aspectos humanísticos no que acreditam ser um bom exercício da prática médica. Este tipo de afirmação em princípio é contraditória em relação as críticas que motivam as mudanças. Contudo, muitos dos entrevistados parecem não compartilhar da premissa de que a necessidade da mudança no ensino se deva a especialização do olhar do médico, sendo ressaltado por alguns que há lugar para diferentes tipos de olhares e perfis na medicina. Como todo o trabalho de análise de discurso é contextualizado, entendemos que este foi um aspecto que se relaciona a este grupo de professores, mas, no entanto, pode ser considerado como aspecto importante na tentativa de conciliar algumas características em princípio contraditórias como o olhar especializado e a valorização do humanismo, das identidades na contemporaneidade.

As áreas de atuação médica mencionadas pelos entrevistados correspondem à clínica, particular ou de ambulatório, e ao atendimento em hospital, que pode ser de rotina, emergência ou cirurgia. Outras áreas de atuação a que os entrevistados se referem, como é o caso da pesquisa, do ensino e da gestão, são vistas como atividades paralelas, como um acréscimo, mas não como o que deve ser entendido como a prática típica e característica do médico. Ser médico relaciona-se ao atendimento do indivíduo, sendo este atendimento preventivo ou curativo. Se a área de atuação profissional for a pesquisa, o ensino, ou a gestão, eles geralmente acrescentam palavras definidoras desta outra forma de atuação, como “cientista”, “professor de medicina”, ou “político”, para se referir a este profissional. No estudo de Bulcão (2000), assim como em nosso estudo, observa-se uma desvalorização dos médicos pesquisadores, o que pode ser estendido a todos os médicos que não atuam diretamente com os indivíduos, considerados “menos médicos” (BULCÃO, 2000, p.114).

Quanto à valorização social da profissão médica ela é relacionada ao passado, tendo, segundo os entrevistados, se modificado nos dias atuais. Alguns deles se referem a mudanças no que diz respeito aos ganhos financeiros, assinalando que, inicialmente, a profissão era vista como bem remunerada, diferentemente do que ocorre hoje, em que o médico precisa ter vários empregos para ganhar o suficiente para o sustento de uma família. Um dos entrevistados menciona, inclusive, que há uma tendência a que a

medicina se torne uma “profissão feminina” já que o ganho financeiro é compatível no mercado de trabalho com a renda de uma mulher que, supostamente, divide o provimento financeiro da família com seu companheiro. É importante ressaltar que esta afirmação refere-se a um parâmetro de família de classe média, a que os entrevistados pertencem, e deve ser entendida como uma diminuição da renda do profissional médico. Contudo, o ganho financeiro não é entendido como algo que tenha grande importância na caracterização da profissão médica, tendo sido mencionado por apenas um dos entrevistados como aspecto a ser valorizado. Por alguns entrevistados, inclusive, a priorização dos ganhos financeiros foi vista como condenável quando determina práticas como o pedido de exames. Paradoxalmente, o aspecto financeiro foi mencionado também como algo que pode atrapalhar a atuação do que seria o ideal de prática médica, uma vez que, quando ganha pouco, o médico tem que ter vários empregos para se manter ou tem que trabalhar com convênios, o que, para um dos entrevistados, equivale hoje a atender grande parte da população.

No estudo de Bulcão (2000), a questão do ideal de prática médica estar associada ao consultório também é atravessada pela questão financeira. Apesar das práticas institucional e pública serem vistas como as ideais, elas não se tornam possíveis devido aos baixos salários pagos (BULCÃO, 2000, p.123). A intermediação de convênios é mencionada também como prejudicial, tanto por interferir na autonomia do cliente para de escolher o médico e quanto na atuação do médico.

O status é um fator mencionado por alguns entrevistados apenas quando eles se referem à possibilidade do médico ter uma carreira política. No entanto, as mudanças que se referem ao saber médico - hoje visto como mais complexo, ainda que mais acessível- são percebidas pelos entrevistados como algo que interfere no reconhecimento da autoridade do médico ao longo dos anos, mas que não modifica a sua importância e a necessidade deste tipo de profissional na sociedade. É possível que até pelo fato de ser mais acessível, o conhecimento biomédico ganhe um estatuto ainda maior de verdade, de regra a ser seguida, e continue dando status a quem trabalha com ele. Porém, as mudanças no reconhecimento da autoridade médica, a que alguns entrevistados se referem quando dizem que “o paciente é que manda no médico”, ou que o paciente “já vem com o diagnóstico pronto e com a conduta que deseja”, mesmo que não relacionadas pelos entrevistados a um saber legítimo, são percebidas como significativas e prejudiciais à boa prática médica. Os entrevistados relacionam estas mudanças à posição de “cliente”, assumida pelos antigos “pacientes” no “mercado da saúde” atual, seguindo a máxima,

comum nas relações de comércio, de que : “o cliente tem sempre razão”. Cabe aqui ressaltar que, para os entrevistados, o saber médico, que sempre teve importante peso nesta balança, atualmente é, muitas vezes, posto de lado quando a vontade do indivíduo “fala mais alto”, algo que é percebido por eles como uma má prática médica. Os entrevistados também se referem à mídia, que pode levar a sociedade a julgar sem refletir, a ressaltar erros sem criticá-los adequadamente, como algo que colabora para esta mudança no status e prestígio social do médico. Pouco foi mencionado pelos entrevistados, contudo, sobre os erros que, de fato, são causados pela falta de preparo ou capacidade dos médicos.

No estudo de Bulcão(2000), os entrevistados também se referem à profissão médica como algo que ainda traz status e prestígio social, embora apontem uma diminuição deste prestígio ao longo dos anos. Se antes ele “abria portas” para o caminho que o indivíduo quisesse seguir, hoje ele depende das diferentes formas de exercício profissional do médico. No estudo de Bulcão (2000), o prestígio social do médico é associado ao seu ganho financeiro, ao trabalho em consultório, ao uso de tecnologias mais sofisticadas, fazendo referência à diferença entre o médico de hoje e o de antigamente no que diz respeito à posição de autoridade que alcançava em decorrência do saber que detinha. Além disso, é ressaltada, também, como no caso dos nossos entrevistados, o papel da mídia na diminuição do prestígio do médico (BULCÃO, 2000, 110-113). Eles atribuem, ainda a diminuição do prestígio do médico ao excesso de profissionais no mercado que, inclusive, não têm uma formação adequada.

Os médicos que também atuam como professores de medicina têm grande importância na transmissão e renovação da identidade profissional dos futuros médicos ao longo de sua formação. Analisaremos na próxima categoria como os entrevistados entendem sua identidade como professores de medicina, o que mudou a este respeito com o passar dos anos e com a introdução de novas metodologias de ensino como a adotada pela instituição focalizada neste estudo e como é vista a transmissão da visão do que é “ser médico”.

5.1.2. Identidade do Professor de Medicina

Para a maior parte dos entrevistados, ser professor de medicina é algo que está intimamente ligado a ser médico. A este respeito, acreditamos que, o fato de todos os entrevistados terem formação e atuação como médicos especialistas fez com que enfatizassem

algo que se relaciona à sua trajetória, o que talvez não tivesse ocorrido se algum participante estivesse ligado apenas a uma carreira acadêmica ou vinculada a uma ciência básica. O ensino é relacionado pelos entrevistados à prática médica, tendo sido ressaltado que o ideal é que o ensino enfatize a prática, se dê num ambiente de prática, e que o professor seja um bom médico. Foi reforçada, assim, a idéia de que a medicina é uma prática e, como tal, não é algo que possa ser aprendido apenas “no campo da teoria”, como podemos observar nas falas abaixo:

Eu fui dando aula, mas lentamente. Primeiro, eu passei um ano na parte prática, que eu achei legal, que era a parte que eu trabalhava, e para mostrar ao aluno como você faz. Por que não é só ficar no campo da teoria. Existia um bom embasamento teórico aqui, da especialidade nas aulas e eles iam lá na prática ver, então, como que o especialista faz, né. E a gente trabalhava muito assim: a gente levava o caso, mostrava para o aluno, a gente tinha que estudar, mostrar para o aluno “ó, você faz assim, assado”... Quer dizer, não era só no campo teórico, no campo prático... (P,M)

Tem que deter conhecimento, para poder ensinar, tem que deter habilidades, porque nós médicos não ensinamos apenas conteúdos teóricos, nós ensinamos também a punccionar veia, a entubar, alguns ensinam a fazer cirurgias, a fazer imobilizações, então o médico, o professor de medicina tem que deter habilidades. ..não só isso, mas até , não só do conhecimento que está no livro, mas do conhecimento de quem diz ‘Olha., a minha experiência quando eu vejo isto assim assim assim, a experiência de vida que eu tenho, olha, não vai bem por aí não, faz assim assim’.

(A, M)

A gente tem que demonstrar isto na prática, na minha opinião o melhor ambiente de dar este tipo de formação é o ambiente da prática, porque no ambiente da sala de aula você pode até citar, mas quando você se torna um exemplo, você faz o que você está falando, ai sim você pode passar isto para o estudante de forma séria.

(F,F)

Contudo, há diferenças nas falas dos entrevistados na maneira de abordar as semelhanças entre o que é ser médico e o que é ser professor de medicina. Alguns entendem que ser professor é como ser médico, e que se deve seguir os mesmos princípios para conduzir ambas as práticas, a médica e a pedagógica, ainda que o ideal nem sempre ocorra. Outros, no entanto, ressaltam que ser professor é mais fácil do que ser médico, entendendo que ‘falar é mais fácil do que fazer’. Outros, ainda, acreditam que a atuação do professor é mais difícil,

uma vez que demanda mais responsabilidades do que aquelas envolvidas no exercício da medicina:

Eu acho que o professor tem que ter a prática! Sabe, ele tem que saber fazer! Quem sabe ensina...tinha uma máxima que “Quem sabe faz e quem não sabe ensina”, e eu acho que tem que ser os dois, quem sabe faz e ensina! (P,M)

É a mesma coisa, um professor não tem que ser humanitário, não tem que ser ético, não tem que ter moral? Tem. Tem que ter todos estes princípios. Agora eu acho que o professor ele tem que estar ao lado do seu aluno, tem que gostar de aluno, tem que gostar de ensinar, ele tem que se apaixonar por isto, ele tem que querer ensinar, querer ver o aluno crescer, eu acho que isto é a principal caracteris... o objetivo é que muda, o elemento a quem você se dirige é que muda, num é o estudante, que você tá vendo crescer, melhorar, no outro é o paciente, que você tá vendo crescer, e se levantar e ir para casa...Existe um ditado clássico na medicina que eu estava lembrando dele ontem, ainda ontem, preocupado comigo mesmo, preocupado em manter um padrão de qualid..., tentando manter algum padrão de qualidade, existe um ditado que diz o seguinte quem sabe faz e quem não sabe ensina, isso é uma coisa problemática de se dizer, na verdade o ideal é que quem saiba faça e quem ensina saiba, né, quem ensina saiba e saiba fazer, mas...nem sempre o bom pesquisador é um bom professor. Nem sempre um grande estudioso, o grande conhecedor de um assunto é um bom professor, cê vê vários exemplos de pessoas na academia, na faculdade, que são excelentes pesquisadores, e não são bons professores, assim como existem excelentes médicos que não sabem ensinar, e existem excelentes professores que não detêm tanto conhecimento teórico para poder praticar. Então eu acho que o ideal é você ter as duas coisas, que você seja um excelente profissional médico e um excelente profissional professor, nem sempre deter muito conhecimento de uma área é saber ensinar, nem sempre saber ensinar significa saber praticar (A, M).

Eu acho que ser assim, professor, em relação ao médico é um pouco mais fácil! É, porque às vezes você falar é mais fácil do que você fazer! [Ser médico é mais difícil que ser professor?] É, porque o professor, o médico, se você vai ensinar alguém, de verdade, se você quer ensinar o teu filho, você não precisa falar, né? Ele vai ver em você, ou seja, eu acho que o ato ensina mais do que a própria orientação! Então, em relação a ser um professor, ele não precisa ver a minha vida, talvez ali, como a gente tá mais transmitindo... eles, eles se fascinam muito pelo o quê você consegue transmitir de conhecimento pelo quê ele vê que você tem de conhecimento! Então, isso daí seria é, pra eles, já seria um, um espelhamento, né? “Poxa, o professor tal sabe pra caramba!” Então o máximo que ele vai querer é estudar como fulano de tal! Isso, então, ser professor, nesse sentido, é muito mais fácil do que ser o próprio

médico, porque se ele acompanha o médico e vê o dia-a-dia do médico, talvez esse aí que ensina tanto, ele, ele já não, já não quisesse mais se espelhar! Porque ele vê o que o professor fala, mas não vê o que o médico-professor tá fazendo! Então, isso seria, por isso que eu falo que talvez ser professor seja mais fácil do que ser médico. (B, M)

Ser professor é.. eu tô pensando aqui, se a responsabilidade maior é do médico ou do professor.. eu acho que do professor... acho que é maior ainda do que do médico... Porque do médico você trata o indivíduo, né, o indivíduo, o paciente que está na sua frente, o professor ele trata um grupo...trata não!(risos) Você tá com a responsabilidade com um grupo maior. Você tem, o tempo todo, não é uma pessoa só, você está avaliando e sendo avaliado. Avaliando o outro mas também sendo avaliado. Então a responsabilidade é maior ainda... (F, F)

Alguns entrevistados enfatizaram a necessidade do professor de medicina possuir características específicas para poder melhor exercer seu ofício de professor, como saber improvisar, saber trabalhar com grupos, dominar o conhecimento a ser transmitido mas procurando sempre ouvir também os alunos, entre outras, como podemos ver nas falas a seguir:

Eu acho que o bom professor é aquele que tem a sensibilidade de sentir a turma, o grupo. (pequena pausa) Vê... Você ter... poder mudar sua aula no meio caminho, de repente. Improvisar... E isso você tem que ter o conhecimento do que você está aplicando. Então muitas vezes você vem com a idéia de fazer uma aula, até preparou slide em retro-transparência, e tal, aí chega na hora e você fala: “Não! Eu vou fazer diferente”! Observando a turma. Se você fizesse aquela aula, daquele jeito, não iria render. Aí você improvisa. E isso aí você precisa ter o conhecimento... É assim, entra a habilidade pessoal de improvisação, uns têm e outros não têm, mas complementa com a didática, complementa com um pouco de psicologia, de você conhecer um grupo, não é? Sempre ver o termômetro do grupo, e do conhecimento e da habilidade, do conhecimento do que você está falando(P, M).

O que o professor deveria ser: em primeiro lugar um mestre, um mestre no sentido de saber transmitir, quando era a sistemática de transmitir; saber transmitir o que sabe, saber reconhecer o que não sabe e não enganar os alunos. Eu acho que isto fazia muita parte do sistema tradicional. O médico tem que transmitir... o professor, tem que transmitir o que realmente ele sabe! Ele tem que ser honesto nesta transmissão. E ele tem que ter honestidade pra dizer: “Olha, você me fez uma pergunta e eu não sei te responder! Mas eu vou pra casa, vou estudar e na próxima vez a gente volta a conversar.” Então eu acho que um bom professor no sistema

tradicional tinha que ter isso. Além disso, evidente, tinha que também ouvir o aluno, e chegar-se ao aluno. Eu também sou fruto de um sistema muito clássico de ensino, onde o professor ficava lá em cima num grande pedestal, e nós alunos aqui em baixo. Eu fiz filosofia, eu fiz teologia, e principalmente o curso de filosofia, eu peguei nessa sistemática. Eu acho que mesmo no método tradicional, o professor tem que estar mais perto do aluno, né? Nessa honestidade do relacionamento, ele tem que tá mais perto do aluno e saber perceber se o aluno o está entendendo ou não! E não é apenas chegar, despejar aqueles conhecimentos e o aluno que se vire. Tô falando isso no sistema tradicional. (O, M)

Um dos entrevistados ressalta que o professor de medicina deve estar ligado ao ensino e à pesquisa, mas que o ensino deve ser priorizado e a pesquisa deve estar vinculada à prática médica, já que este é o dia-a-dia dos professores médicos. Ele se queixa, ainda, da exigência feita pela instituição para que os professores publiquem artigos sobre os resultados de suas pesquisas :

A gente pode estar mais ligado ao ensino e fazer trabalhos mais modestos, uma coisa mais prática, né? Um trabalho mais do dia-a-dia! “Ah! Vamos fazer uma pesquisa”? Tá! Mas para isso a gente aqui teria que ter um suporte, de técnica, de pesquisadores, de coordenador de pesquisa... Que a gente não tem! A gente faz empiricamente. Na verdade, os que fazem, fazem pela boa vontade deles e correm atrás. Agora, fazer um trabalho menor, eu acho que todo professor deveria fazer uma vez no ano, publicar um artigo, uma coisa mais... menos sofisticada, que isso é legal para a pessoa, né, mas ser estimulado, não ser cobrado! Ser estimulado!(P,M)

A maioria dos entrevistados entende que houve uma mudança na atuação do professor de medicina da época em que se formaram para os dias de hoje e que ela está ligada a mudanças na antiga visão da sociedade de que o médico era um profissional distinto e, por isso, era colocado em um “pedestal”. Os entrevistados relatam que, quando eram alunos, o professor de medicina se colocava literalmente em um pedestal, dando aulas expositivas para turmas enormes, destacando-se pelo seu saber, como se pode observar nas falas abaixo:

Hoje não se aplica mais a idéia, sobe num tablado alto, está acima da turma, aquele modelo clássico que mais ou menos, que tentava reproduzir a hierarquia, de alguém acima dos outros, e os alunos abaixo ouvindo, muita gente diz que isto não era somente para visualização do professor mas para destacá-lo, isto hoje em dia praticamente já não há (A, M).

Antigamente o professor de medicina tinha uma postura muito afastada do aluno, eu ainda peguei esta época como aluno, depois, ainda como professor peguei esta época, que o professor era intocável, ele ditava algumas regras que eram legais e outras que não eram tão legais e não tinha ninguém para fazer crítica a ele, ou seja ele fazia o que queria dentro da disciplina dele, e você não tinha acesso, quando era aluno você não tinha acesso. (P, M)

Alguns entrevistados enfatizaram que sua atuação como professores de medicina inicialmente mantinha esta lógica, relacionada ao ensino tradicional. Eles afirmam que tinham um relacionamento distante dos estudantes, preocupando-se mais com o cumprimento de tarefas e com a transmissão do conhecimento biomédico:

O que eu esperava dos alunos no tradicional era: a matéria é essa, aprende, faça a prova e vá pra frente! Na prática, eu ficava mais na parte teórica, na parte prática eu fiquei muito pouco tempo. Mas eu via que o pessoal da parte prática também: cumpra com a sua obrigação. “Aqui, isso aqui é uma cirrose, vamos estudar cirrose, esse paciente tem isso, tem aquilo, tchau e benção e ponto final!” Eu acho que não tinha envolvimento do professor com o aluno, eu acho que não tinha! (O, M)

Bem ou mal eu era professora do tradicional sim no ambulatório, passando eu só passava informações, só passava, sobre a doença, pá pá pá, isso isso isso, e os meninos só anotavam, quietos, calados, só anotando, tal perguntava alguma coisa, alguma dúvida, o paciente nesse tradicional, eu via, ficava assim como objeto mesmo do estudo, como médica eu vejo hoje, caramba não sei nem como é que eu atuei desta maneira, sempre respeitei o paciente mas na hora de examinar eu via mais o problema da doença(P, F)

Para dois dos entrevistados que este tipo de atuação do professor de medicina decorria do fato de que o médico, muitas vezes, não tinha formação adequada para exercer o magistério, passando por uma “transformação automática” de uma hora para outra, de médico em professor. Assim, neste sentido, a identificação da prática médica com o ensino médico foi considerada por eles como negativa. Uma das entrevistadas afirma, inclusive, que antes da implantação do PBL não se sentia de fato uma professora. Outro entrevistado, contudo, relata ter tido uma experiência pessoal positiva, ainda que observe esta dificuldade em alguns colegas:

A gente estudava, formava médico e um belo dia a gente virava professor, né? Por alguma circunstância ou por trabalhar numa área assim, fica indo na faculdade e

virava professor. A gente nunca teve, raríssimas exceções, formação para ser professor, né, no tradicional a gente via isso muito nitidamente. Então, eu não me sentia professora! Eu dava uma aula, sabe? Fechava um... uma questão, fazia um seminário, aplicava uma prova, não me sentia professor no sentido amplo da palavra, de um educador!... Eu não me identificava, eu era... eu continuava sendo médica que dava aula na faculdade de medicina! Entendeu? No hospital, eu atuava muito no hospital, não, não me chamava de professora. Lá no hospital, eu era doutora que dava atenção aos estudantes, aos internos, entendeu?(C, F)

Eu acho que o professor de medicina, ele... Assim, eu, basicamente, eu acho que eu fiz uma formação legal para ser professor aqui da medicina. Eu fiquei três anos... eu passei no concurso, eu entrei por concurso na F. A minha Banca tinha os alunos, e eles me perguntaram, me questionaram, foi aberta, teve prova... Mas basicamente, eu fiquei três anos observando o pessoal dar aula... Porque eles não tinham essa... toda essa qualificação de professor, que a gente teve...a gente não foi jogado, a gente foi qualificado,né. Foi posto... sabe? Lentamente, dentro do sentido de ver, de você aprender realmente! Porque dar aula não é fácil, montar uma aula não é fácil! Às vezes a gente: “a montar aula é fácil”, não! Foi ensinado para gente como se montava aula, e depois cada um foi se aperfeiçoando. Isso era ensinado pelo professor regente, pelo titular. Ele estava sempre com a gente, conversando, pelo menos uma vez por mês. E isso dava uma segurança! Não era assim: “ó, vai dar aula”! Até a gente faria uma aula, mas, eu acho que essa coisa de te preparar, te qualificar, foi legal! É o que a gente estava falando, de lidar com o aluno, isso te dá segurança, de lidar com o aluno, você sabe o que você está fazendo, você tem ciência do que você está fazendo, e segurança. Então ser um professor, ele tem que saber um pouco de didática, tem que treinar um pouco ...(P, M)

Um dos entrevistados acredita que o distanciamento do professor e a má qualidade do seu trabalho se deve, em parte, ao fato de alguns professores de medicina considerarem o ensino “um bico”, algo que decorre da necessidade deles terem vários trabalhos para poder melhor sobreviver e, assim, resta pouco tempo para se dedicarem a cada uma de suas atividades, impedindo que eles “criam gosto” pelo que fazem, como ocorria outrora. Ele tem dúvidas, no entanto, se a necessidade financeira é realmente o fator determinante para esta prática deficiente, ou se ela seria decorrente da falta de compromisso atual em relação ao ensino médico. Ele entende, contudo, que a instituição deve remunerar bem os professores para que o ensino que oferece seja de qualidade :

A gente vê hoje, assim, a gente vê que aqueles professores mais antigos que é... A gente vive o seguinte: isso de um modo geral, todo o pessoal que era de

antigamente, de um modo geral em qualquer área, procurava fazer porque gostava mesmo, e hoje já não é assim! Hoje, o profissional vem, vem porque é um dinheiro a mais, é um local que paga melhor, e nunca é aquilo assim “Olha, eu gosto realmente de fazer isso!” Então hoje a gente vê até na nossa própria faculdade, funcionários que tão ali porque é um “bico”. Então, “ó, eu tô com horário vago e vou preencher. Eu tô ali, é mais fácil! Eu tô aqui perto mesmo!” Então, a grande diferença eu acho que é essa! Que não tem, que nem todo mundo que tá ali tá compromissado com o que tá fazendo!... Formei aqui! Era um time mais antigo, né? Eram professores que tavam ali realmente, é... falavam, se era duas horas lá falando, eram duas horas falando! Eram duas horas cobrando, e hoje, realmente, a gente não vê isso! Vai lá, faz o seu e pronto, cabô, vambora! Eu não digo nem que seja, às vezes, é aquilo que a gente tá falando, às vezes a própria vida puxa ele pra outra coisa! Com isso aqui eu não vou conseguir pagar a minha conta! Então, eu acho que chega um momento que a gente, que a confusão é tanta que a gente se perde, a gente não sabe se o profissional que tá ali é por causa do, é... se ele age desse jeito é porque ele ganha pouco e tem que correr pro outro, ou se a coisa chegou a tal ponto que se você pagar ele ainda melhor ele vai continuar sendo medíocre do mesmo jeito, né? Vira um, um círculo vicioso... E, porque quando você consegue puxar bons professores, isso daí só tem um jeito também, né? Aí entra, de um modo geral, é a remuneração! Então, pra você ter bons professores ali à disposição, você vai ter que remunerar bem. Se não ele vai pra outra mesmo. E aí é aquela história: vai ficar com o que sobrou! (B, M)

Outra entrevistada fala com carinho da formação que recebeu, entendendo que não necessariamente no ensino médico tradicional o professor costuma ter uma postura arrogante. Segundo ela, ele pode ser firme e próximo, se tem um “dom” para ser professor, mesmo numa sala com muitos alunos:

Eu tive professores que me conheceram antes de eu entrar na sala de aula, quando eu entrei eu nunca tinha visto aquela pessoa e me chamou pelo nome, por que viu meu retrato, não importa, mas conhecia cada um pelo nome. Tinha aquele professor que eu estava lá no finalzinho da sala e virei para o lado para conversar e me chamou atenção, nominalmente, então o que é distância? Distanciar pra mim é não te olhar, é não te ver é não fazer significado nenhum pra você, isto não importa o lugar que eu estou, né, eu posso estar com um aluno e fazer isto, ou posso estar com cento e oitenta e trazê-los todos para perto de mim, acontece isto com algumas pessoas. Alguns professores tinham este dom, que é um dom, né.(H, F)

Para a maioria dos entrevistados, a formação médica atual busca resgatar o olhar humanístico no cuidado com o paciente, pois o foco anterior, segundo o modelo Flexneriano, era sobre a aquisição de conhecimento biomédico sobre a doença. De forma coerente com o que dizem sobre a prática médica, de modo geral, eles acreditam que a formação médica deve envolver os aspectos humanísticos e o conhecimento biomédico, como se pode observar nas falas abaixo:

Eu acho que o estudante de medicina... (pequena pausa) vem se preocupando muito quase que só com o conhecimento, só em adquirir competências, só em aprender o quê que é uma doença, como ele diagnostica, como eu trato. Eu acho que a formação ao menos até poucos anos atrás, vinha muito focada nisso, não é? Eu tenho que estudar pra conhecer todas as doenças e pra saber tratar... Então, o que o aluno hoje, eu acho que poderia se preocupar é com esse outro lado, não apenas o lado do conhecimento, mas o lado de colocar o conhecimento na prática ajudando o paciente, não tratar da doença, mas tratá-lo como uma pessoa que tá inserido em um grupo social, um espaço e assim por diante... (O, M)

A gente tem que motivar no estudante desenvolver as habilidades técnicas, científicas, como estudar, parte teórica, mas ao mesmo tempo, mostrar a importância estes valores atenção, cuidado, respeito, tolerância, todos estes valores que estão se perdendo, a solidariedade... (F, F)

Agora, na formação, eu acho que seria interessante o “cara” ter uma boa formação técnica, de conhecimento técnico, uma boa formação humanista... O que é uma formação humanista? É entender um pouco de filosofia, psicologia, enfim...é serviço social, não o serviço social de... entender onde ele vai trabalhar, como é que é a cidade que ele vai trabalhar, qual é a parte cultural... Isso é importante para o médico, porque em determinadas culturas, algumas coisas... o médico tem que saber lidar com aquela cultura. (P, M)

Alguns entrevistados ressaltam que, do mesmo modo a complexidade do conhecimento biomédico traz mudanças para a relação médico-paciente também traz mudanças para a relação professor-aluno. Para eles o professor de medicina atual não pode mais transmitir seu saber como algo fechado e absoluto, como ocorria antigamente, sendo ele “o dono da verdade”, mas, antes, deve estar constantemente se atualizando e deve reconhecer os conhecimentos que o aluno traz, até porque o acesso à informação tornou-se mais fácil com o desenvolvimento tecnológico como é o caso da internet:

Eu acho que a idéia daquele professor que era o centro do conhecimento, que entrava na sala de aula e dizia tudo que tinha que ser dito, e ninguém podia questionar, isto acabou, até porque com a amplitude do conhecimento e com a globalização do conhecimento, a internet foi em grande parte responsável por isto, muitas vezes o aluno chega para você e até o paciente detendo conhecimento sobre aquele determinado assunto, até maiores do que você conhece determinados aspectos, hoje você ir para uma sala de aula e dar uma aula é um desafio cada vez maior em termos de conteúdo teórico, não em termos de lidar com pessoas, com alunos de conversar, de ter o prazer de trocar informações, é de você poder transmitir o máximo daquilo que você acha importante a ser transmitido ou, não o que você acha, porque o que você acha pode não ser suficiente, ou o que seria efetivamente o mínimo a ser transmitido mas a relação entre o professor de hoje e o de antigamente mudou radicalmente (A, M)

Provavelmente se a gente desse aula como no método antigo, com informações, os alunos iam chegar com mais perguntas, você tem que estar mais bem informado, os dois últimos anos que a gente deu aula pelo método antigo a gente estava mais bem informado de coisas mais recentes, a aula mudava muito pelas informações que os alunos “tavam” tendo, de internet, enfim meios de comunicação. Antigamente também não tinha isto, então o professor era meio dono da verdade (P, M)

Tradicional acho que informação é essencial pro professor, não adianta ele pegar um material de cinco anos atrás e dar a mesma aula hoje em 2010 o que ele daria em 2005. Tudo mudou, em cinco anos tudo muda né, então informação pra eles é essencial, pra nós aqui no PBL é importante, mas pra eles é essencial, né em ter uma abordagem, uma didática, uma interação com o grupo que ele, pro qual ele quer ensina. (U,F)

Com a mudança no método de ensino ocorrida na instituição, os professores de medicina precisaram modificar sua antiga forma de atuar. Quando apontam as transformações geradas pela nova tarefa que passaram a exercer, “ser tutor”, a maior parte dos professores afirma que é bastante diferente de ser professor. Para eles, na nova metodologia adotada, as tarefas de tutor e de professor coexistem, sendo que as funções e características de cada uma destas funções são distintas e por isto, o tipo de habilidades e conhecimentos necessários para cada uma delas também são diferentes. Os instrutores, consultores e conferencistas continuam tendo tarefas mais relacionadas à transmissão do conteúdo, e, por isto precisam ser “mestres”, ser especialistas no conteúdo a ser transmitido. O tutor não precisa ser “mestre”, mas

idealmente precisaria ter um mínimo de conhecimentos na área e habilidades, como saber ouvir, perguntar e conduzir um trabalho em grupo, como podemos ver na seguinte fala:

Eu tenho uma boa experiência no sentido de ser professor no sistema tradicional, e agora não ser professor, mas ser tutor nessa nova sistemática, nessa nova pragmática de ensino... Evidente que o professor não tem que ser um especialista de nenhum assunto relacionado com a formação da medicina, acho, em termos... aí to falando mais em termos de tutoria, né? Porque se a gente for pra conferência, pra instrutoria, pra não sei o quê, talvez as coisas mudem, então! ... o professor mudou muito de um sistema pra outro, eu acho que hoje o professor não é mais um ‘magister dicte’ e ponto! Agora, então ele não precisa conhecer nada pra fazer o seu papel de professor? Evidente que não! O estímulo ao aluno é fundamental! O aprendizado pelo aluno é o fundamental! O seu tutor não está aqui para: “você está desviando do assunto, vamo voltar pra cá. Você tá indo num caminho, talvez seja outro caminho.” Isto daí, o professor ter que fazer! E pra o professor ter que fazer isso, ele vai ter o mínimo de conhecimento. Precisa ser um grande catedrático? Evidente que não! Pode ser qualquer pessoa? Pode! Mas desde que ela tenha o mínimo conhecimento relacionado ao trabalho que ele vai fazer. Eu acho que o tutor tem que saber conduzir uma sessão tutorial, sem estar... sem colocar viseiras e impedir que ele vá pra um lado ou pro outro, mas tem que manter aquela linha mestra, que é da situação-problema. Tem que saber manter o grupo participante dentro do possível, igualmente. Eu tenho muita dificuldade nisso, em todas as tutorias tem gente que fala muito e tem gente que fala pouco, e acho que papel do tutor é tentar chegar ao meio termo, tentar chegar ao equilíbrio, onde todos participem. Papel do tutor, também, eu acho que... tem que dizer: “olha, até agora tá bom, daqui pra frente chega”, “ah, mas então tá inibindo a minha manifestação...” “não, não tô inibindo, tô deixando o outro também participar”. O papel do tutor é saber conduzir uma reunião sem dar bagunça! (O, M)

Alguns entrevistados entendem que uma das dificuldades para abraçar a tarefa de tutor se refere ao fato de que, segundo esta nova metodologia, o tutor não deve transmitir conhecimentos. Para agir desta forma, alguns entrevistados afirmam que é preciso se “despir” da postura de professor:

Eu acho que no sistema que nós estamos hoje, a atividade do tutor é uma atividade de acompanhamento dos alunos, mas crescendo junto com os alunos. Eu tive uma grande dificuldade em me adaptar a isso. Por quê? Porque eu venho de trinta anos acostumado a chegar, dar a minha aula, é isso daí, tem que ser estudado isso e ponto final. Hoje em dia, eu acho que o professor não é, o tutor, no caso, não tem mais

esse papel! Ele tem que ter o papel de saber acompanhar, né? Ele tem o papel de saber estimular, ele tem o papel de saber crescer no conhecimento, nas habilidades, junto com os alunos. É, a habilidade do tutor, primeiro lugar é: modificar a sua concepção de professor. Essa é a primeira! Segundo: ele não é um professor que tá lá pra dar aula, ele é um professor... habilidade de saber ouvir! Acho que é uma coisa importantíssima. Porque, se o professor antigo, se o aluno fala alguma coisa que não está correta, qual é a primeira coisa? Chegar lá e corrigir! “Não é assim, é assado!” Então agora, eu acho que o professor tem que ter a habilidade de saber ouvir, né? Quando ele vê alguma coisa errada, ele tem a obrigação de: não dizer qual é o certo, mas talvez colocar dúvidas para levar o aluno a pensar se é essa ou se é aquela a idéia mais centrada, a idéia mais correta ou a explicação mais lógica. Certas horas é fácil, certas horas é difícil! (O, M)

A gente não pode é.. interferir muito na discussão, tem que deixar o grupo conversando à vontade, isso dificulta às vezes, a gente quer interferir, essa discussão é desnecessária, mas cê não pode, fica um conflito, eu quero limitar aquilo ali mas não posso, aí eles vão, vão, vão, a gente tem que encontrar um jeito de limitar mas sem deixar isso tão claro, “perái gente, não é por aí”, eu não posso falar isso. Então a gente tem que fazer perguntas para fazer eles voltarem para o tempo que a gente quer... Dificulta um pouco. Eu não posso ser tão direta. (F, F)

Dois entrevistados ressaltam que muitos tutores não foram adequadamente preparados, o que torna ainda mais difícil para o professor assumir o papel de preparar o aluno para estudar nesta metodologia. Um dos entrevistados afirma que ter sido professor antes pode facilitar o trabalho do tutor e que, especialmente os não-médicos, deveriam ter um melhor preparo no método para poder atuar como tutores:

Mas o que não é médico, ele tem que ter um preparo, pelo menos fundamentado no método. Se ele souber bem o método, ele se supera. E se ele tiver... um aporte do grupo, em explicar a ele alguns objetivos, ele se supera. Todos, que sejam professores e médicos, seriam melhor... é por isso que eu estou te falando, ele tem que ter conhecimento médico geral, para este método. Não precisa ser expert, tem que conhecer um pouquinho de cada coisa, e tem que ser professor, porque o professor, tem que ter essa experiência de professor, ele consegue lidar, e tem que ter uma experiência de grupo, ele consegue é mostrar para o grupo o caminho sem falar, no caso, os objetivos, ele consegue desviar o grupo tranquilo, sem ter crise, e você vê tem gente que tem dificuldade para isto, porque não consegue trabalhar em grupo, o cara que foi professor ele trabalhou num grande grupo, né, mas o cara que nunca foi professor, como é que ele vai lidar com um grupo, qual é a segurança que

ele tem, de levantar, parar uma tutoria, fazer uma intervenção?(P, M)

Porque eu digo que o tutor muitas vezes não tá preparado, por exemplo, eu. Quando eu cheguei aqui eu não tinha a menor... “Não, mas tudo bem, você vai aprendendo na prática”, na prática tá ótimo, mas muitas vezes aprendendo na prática, você pode aprender com vícios, né? Que não deveriam acontecer! E o aluno, também, dizer que o aluno tem que assumir a sua responsabilidade, tá perfeito, mas ele também tem que ser cutucado pra abrir essa responsabilidade... E eu senti que quando a gente é um pouco rude nisso o aluno te olha meio desveio, mas porque, ele não entendeu que a relação professor-aluno tem que se dar no ambiente onde tem dez e não apenas dois! Por quê? Porque o aluno ainda não chegou, não chegou com aquela maturidade de assumir um PBL como deveria ser. Eu sei que a metodologia é um aprendizado na prática, e que eu vou aprendendo fazendo, mas eu tô aprendendo fazendo, também com algum suporte que eu tenho...(O, M)

Um dos entrevistados ressalta que o fato de não ser responsável pela transmissão de conteúdos não tira a importância do tutor, mas, ao contrário, o papel do tutor é um dos mais importantes nessa nova metodologia:

Nessa nova metodologia, eu acho que é dado mais, aliás, dentro de toda a sistemática dessa nova metodologia, eu acho que o papel do tutor é um dos mais importantes, que mais... tudo influencia, mas dentro dessa metodologia o papel do tutor se aproximando do aluno, acompanhando o aluno, tentando conduzir o aluno pra um crescimento dele, e acaba a gente crescendo também, acho que é o dado mais fundamental nessa nossa tutoria! Não são as conferências, não são os laboratórios de habilidades, não são nada! É essa atividade de tutor do aluno (O, M)

Outros entrevistados entendem que o papel do tutor não deveria ser muito diferente do papel do professor e que a expectativa dos alunos é de que eles continuem a se preocupar com o conteúdo que desenvolvem, mesmo nas tutorias. Eles afirmaram que, apesar das mudanças, o professor continua esperando o mesmo do aluno e o aluno a esperar o mesmo do professor, isto é, que ele domine o conteúdo trabalhado nas tutorias, o que pode trazer insegurança para o tutor que não corresponde a esta expectativa:

A gente espera o quê o outro também esperava, né? Eu acho que não... não diferente disso! Que é estudar ter comprometimento com o estudo, que é mostrar conhecimento, que é, quando estiver dentro do hospital, é, saber se relacionar com o paciente... Eu, eu acho não, eu acho que o papel do tutor nesse sentido, de tutor...

não deveria mudar, né? Eu acho que não deveria mudar! (B, M)

O que que o aluno espera do professor hoje? É que ele tenha informação pra passar pra ele. É o mesmo que a gente esperava... quando a gente era aluno, não vejo que tenha mudado tanto nesse sentido entendeu que eu quero te passar. Eu acho que o estudante não te coloca naquele pedestal que a gente colocaria os nossos professores no método tradicional mas espera que você tenha conhecimento, (pausa) ele espera. Você não precisa ser um gênio né, mas ele espera que você saiba...que você tenha alguma segurança ali... e isso é um dos motivos de conflito com talvez o tutor que não tenha esse tipo de segurança de formação. (U, F)

Dois dos entrevistados, apesar de verem diferenças nos papéis de professor e de tutor, acham que os estudantes também esperam que o tutor transmita conhecimentos, desejando, em certas horas, que o tutor seja um professor:

Veladamente, porque eles sabem que o tutor não está lá para ensinar, o aluno tem plena consciência disso! Mas eu sinto, plenamente consciente, a vontade que o aluno sente de: “Tutor, como é que é isso? Tutor, como é que... me oriente aqui! Tutor, como é que eu faço lá?” Então, eu não sei... quem teria que dizer isso seriam os alunos, o quê que eles esperam do tutor, né? Mas o que eu senti, é que eles querem no fundo, veladamente, não é descoberto, mas que a gente seja um professor em certas horas, né? Não é o professor clássico, mas no fundo no fundo, que os ajude, não para descobrir caminhos, mas que os ajude a mostrar o único caminho! Isso é ruim! E a gente, muitas vezes é tentado à fazer isso, né? Eu sinto que eles... no 7º período, eles me falaram que gostam de uma tutoria ativa, onde o tutor participe! Evidente que, por baixo desse “participe” é: os ajude nas dificuldades que eles tem, não é de conhecimento! Não é? Mas na preguiça de buscar qual é o conhecimento, a gente sente isso perfeitamente!(O, M)

O estudante ainda continua com esta visão de que o professor é portador da verdade, embora a gente trabalhe isto no dia a dia, que a gente tem muito, acho que a gente tenta trabalhar na tutoria e nos outros cenários, que a gente tem muito que aprender a aprender, né, estudar as referências de preferência as confiáveis, e passar o conhecimento que você obteve através dos anos, experiência, mas que aquilo não é a verdade, você tem que estar sempre buscando se atualizar...tar atento para as novidades...(F, F)

Um dos entrevistados afirmou não ver lógica no fato de o tutor não poder transmitir conhecimento, não poder dar respostas, acreditando ser esta, para ele, uma posição passiva

por parte do tutor. Ele relaciona, ainda, a autoridade do tutor e o interesse do aluno por ir à tutoria ao saber do tutor, afirmando, inclusive, que ele próprio burla as regras da tarefa no que diz respeito a corrigir conteúdos expostos de modo errado pelos alunos:

O professor tem o papel sim de transmissor do conhecimento, não se pode tirar este papel, o professor continua sendo alguém que orienta, continua sendo alguém que dá exemplo, que dá modelo, e também transmite conhecimento, se não tiver, se não for esta função então o professor pode um mero expectante do processo de ensino-aprendizagem, a gente quer cada vez mais um aluno ativo mas não podemos desativar, cada vez mais o aluno ativo e o professor ativo também, por que não, porque o professor tem que ser passivo? Eu acredito que um professor não pode ser um instrumento apenas passivo... eu procuro motivar sempre o debate, procuro fazer com que eles pensem, mas além de verificar se estudaram, motivar o debate, estimulá-los e eu acho que eu tenho a papel também, como professor, de dizer ‘olha, não perái, perái, tudo bem, tá tudo excelente, mas isto aqui tá errado, presta atenção aqui, ó.’ Esses meninos nunca viram o assunto, eles pegam o livro de medicina, os livros e vão ler em casa coisas que eles nunca viram na vida, e você quer que eles peguem e entendam todo o conteúdo e cheguem aqui e digam, conteúdos que às vezes os próprios livros tem diferenças entre eles, e que tem, que tem até formas de apresentar variadas e algumas formas confusas. Eu me lembro que quando eu era estudante, muitas vezes eu lia trechos que eu não entendia qual era o significado exato, eu identificava dois ou três significados possíveis do parágrafo, ou da frase e não sabia exatamente qual era o significado. Quem me dera que eu tivesse alguém para chegar e ver o que eu li, se tava certo ou se tava errado, seria uma oportunidade ímpar que acontecesse, coisa que aqui no PBL tem e eu não se pode fazer... os alunos gostam quando o tutor se posiciona, e eu posso dizer isso porque eu (pequena pausa) falo em tutoria, às vezes quando tem uma coisa para corrigir eu corrijo, e peço para eles que saibam respeitar nosso espaço tutorial e não sair dizendo por aí fora o que a gente faz, e percebo toda tutoria que eu vou, que eu chego novo, e que de alguma forma contribuo com algum conhecimento que não estava claro, quando eu corrijo dúvidas, quando eu faço isto, agora se você for presenciar uma sessão tutorial minha 98,95 % do que é dito são os alunos que falam, só que eu falo 5%, eu digo, eu comento, eu contribuo com uma coisa relevante que ficou faltando, eu destaco...(A, M)

A maioria dos entrevistados acredita que o ideal seria que o tutor fosse médico, ainda que ele não precise necessariamente ser especialista no conteúdo teórico a ser trabalhado, para poder melhor trabalhar este conteúdo com os alunos, transmitir confiança a eles na condução da aprendizagem inclusive para saber fazer perguntas e para ser modelo de conduta. Muitos

entrevistados falam disto com receio, por esta ser uma opinião que vai de encontro à definição dada à tutoria pela instituição, pedindo sigilo ou mesmo deixando para falar sobre isto só depois que o gravador utilizado para registrar as entrevistas é desligado:

Se eu domino o assunto é fácil! Se eu não domino o assunto é difícil. E é mais fácil de eu saber se ele tá respondendo alguma coisa que é coerente com a realidade, é coerente com a realidade! Quantas e quantas coisas passam nessas tutorias que não representa na verdade e a gente deixa passar. Isso é uma responsabilidade do tutor, ou não é? Eu acho que é! Agora, talvez na metodologia o aluno tem que chegar e aprender a lidar “ó, eu errei”, agora será que o aluno vai lá? É, não corrigir dizendo, mas corrigir o caminho que ele está trilhando! Não é? Eu sei que isso... não é isso que o pessoal compartilha não, tá?(O, M)

Esse aqui é o nosso ambiente,né? Eu já acompanhei a tutoria de um profissional de enfermagem, tô sendo bem aberta, tá, um profissional muito bom, mas os estudantes não confiam no profissional que não é médico da mesma forma que confiam na gente, comparando um com o outro... Na minha experiência, de ter observado... mas já ouvi estudantes dizerem que tem tutores enfermeiros que são muito bons. Por isso tem que ampliar esta visão, você está tendo a minha visão, que é bem restrita...Isso é uma questão até polêmica, a princípio é passado para o tutor que não é tão importante o conteúdo teórico, mas eu particularmente acho importante, eu sou da especialidade x e fui inserida num grupo de tutoria de tal período que é especialidade y, e de lá para cá o que eu pude observar que meu conteúdo teórico melhorou, com certeza, eu estudando,tal,no início eu não me preocupava com conteúdo teórico,desenvolvia um bom trabalho, na tutoria, não acho que foi ruim, mas agora tá melhor, com meu conteúdo consigo dar mais confiança para o estudante (F,F)

Outro ponto de reclamação dos alunos é esse grupo que fica com o tutor não médico... com o tutor médico tem uma formação melhor que o grupo que fica com o não médico. Isso você pode fazer um outro trabalho entrevistando os alunos que você vai ter esse tipo de referência... eu acho importante que ele seja médico porque realmente faz diferença, ou então, não-médico com aprofundamento, comprometimento de mergulhar naqueles temas porque senão ele vai ficar passando... muito por cima dos assuntos. Como é que você faz perguntas se você não sabe em que caminho essas respostas vão te levar? Acho que fica difícil, e muito do nosso... da nossa função aqui é fazer perguntas, como fazer as perguntas certas, se você não sabe o que você tá falando? Eu acho que o não-médico pra... pra... conseguir se igualar ao tutor médico, teria que ter uma... talento muito grande como tutor pra passar por cima da ausência de conteúdo que ele carrega com ele,

não acho impossível, não acho impossível, mas tem que ser uma pessoa com um certo grau de brilhantismo, porque ele não sabe o que ele tá falando, P., como fazer as perguntas certas se você não sabe o que você tá procurando? Como é que você faz essa entrevista pra mim, comigo se você não sabe qual é o seu objetivo me perguntando? É pergunta aleatória, palavras ao vento. (Depois de desligar o gravador contou que logo no início do trabalho na instituição teve problema com uma tutora não-médica, que não deixou que ela falasse muitos conteúdos como co-tutora)(U, F)

Eu tenho esta visão, eu sei que isto vai em conflito com a... mas eu tô te dando uma entrevista com a maior sinceridade possível. Se um filho meu quiser ser enfermeiro, eu não vou querer que o tutor dele seja médico, vou querer que seja enfermeiro; se um filho meu quiser fazer nutrição, ser vou querer um nutricionista; se um filho meu quiser fazer psicologia, vou querer que seja psicólogo, e se um filho meu quer ser médico, vou querer que seja médico, porque o especial.. cada profissional sabe da sua área o que é mais relevante. O profissional que orienta uuum indivíduo em formação ele tem que ser um modelo de conduta em termos de como é que ele se posiciona com relação a certos assuntos, como é que ele se posiciona em relação ao acesso desse doente, como é qual a relevância que dá a certos aspectos. Se alguém tiver acesso a minha entrevista não venha querer me cortar...(A, M)

Para um dos entrevistados o fato de não haver necessidade de ser especialista nos conteúdos trabalhados na tutoria é pior tanto para o tutor e para os alunos:

Porque o médico comprometido, ele vai levar esse aluno a maior profundidade! Com certeza vai! Eu tiro isso por mim, determinado tipo de assunto, que eu tenho maior conhecimento, fala assim: “Ah! Aí você vai viciar porque você tem conhecimento!” Não! É aquela história: eu não vou levar pra minha especialidade, eu vou levar pra dentro daquilo que tá sendo proposto!... Pode ter certeza que sim! Facilita sim! Sabe por quê que facilita? A gente tava falando do clínico, né? Como clínico, eu vejo, eu vejo, por exemplo no *tal* período, que sei que, eu sei que eu ando muito melhor no tal período do que no próprio outro período, que é *outra especialidade diferente da sua*. Muito mais! E eu sei que os alunos tem maior aproveitamento com isso, né? Sinto claramente! Sinto claramente! Sinto claramente! (B, M)(as palavras grifadas foram alteradas sem perder o sentido para manter o sigilo).

Para dois dos entrevistados a não necessidade de se dominar conteúdos para ser tutor encobriria uma necessidade de se absorver tutores não-médicos na instituição, ou absorver quem tinha disponibilidade para trabalhar na nova metodologia:

Eu acho que esta visão de que o tutor tem que ser assim como é, como se defende aqui, ela é fundamentalmente baseada na idéia que se, que nós precisamos absorver tutores de outras especialidades de outras profissões não médicas. É mais fácil que seja assim, é mais prático que seja assim, e dá mais tranquilidade ao tutor não-médico se for assim. (A, M)

O quê que houve na Instituição? Eu acho que a Instituição não soube cativar os professores antigos a entrar no método. Então, nem eles sabiam como cativar e nem sabiam como pedir. Então houve uma defasagem. E aí, pegaram essas pessoas que tinha disponibilidade, que não é bom. (pequena pausa) O que acontece... aqui na Instituição...A gente caiu num problema que eu acho foi mal interpretado na época que o pessoal de Londrina que veio treinar falou que podia ser de outra área mais com excelente conhecimento do método e excelente conhecimento teórico, pelo menos para fazer uma confrontação...(P, M)

Dois dos entrevistados ressaltaram que, especialmente a partir de um determinado momento do curso, os tutores deveriam ser médicos:

Porque a gente vê, se você pegar, fizer um estudo das tutorias, você vai ver que o do não-médico, não digo que precisa ser médico, tem enfermeiros excelentes, dentista, psicólogo, mas chega determinadas fases, se o cara nunca entrou num hospital, o psicólogo que nunca trabalhou dentro de um hospital, então não vai saber como é que funciona um hospital... Quarto... Do terceiro período em diante, eu acho que aí tem que ser médico, porque são discussões de coisas médicas, médico ou enfermeiro muito bem preparado, que tem , tem gente, eu cito aí, no quarto período tem uma pessoa bem preparado, mas de qualquer maneira faz diferença para o aluno, o próprio aluno reclama... Porque ele vê que a pessoa “patina” em algum tema. Assim , quando eles tão na discussão, a pessoa tem um roteiro da discussão, mas se você tem um conhecimento, já vivenciou aquela situação, você pode desdobrar ela, pode aproveitar, e quando eles tão falando coisas erradas às vezes passa despercebido.... (P, M)

Principalmente nos últimos períodos! Eu acho que... Por quê que eu digo principalmente nos últimos períodos? Internato, nem se fala! Mas 8º período, 7º período, onde já existem as grandes especialidades médicas, né? Cirurgia, Clínica

Médica, Pediatria, Ginecologia, são as grandes áreas da formação do profissional médico, das grandes áreas! Eu acho que aí, o ideal seria o profissional médico, nos outros períodos, como não existe tanta especificidade, não teria a obrigação de ser médico! Mas volto a insistir, teria a obrigação de que quem for tutor ter o mínimo de conhecimento!(O, M)

Ainda sobre a necessidade ou não de o tutor dominar os conteúdos a serem trabalhados pelos alunos, alguns entrevistados enfatizaram que não se sentiriam confortáveis sendo tutores em cursos em que os conhecimentos abordados fossem de uma área totalmente diferente da sua área de formação, como podemos observar nas falas a seguir:

Eu me sentiria profundamente desconfortável de ir numa tutoria de física quântica, me sentiria profundamente desconfortável porque eu não saberia avaliar desempenho, se estão sendo exatos ou não, porque eu avaliar conteúdo também , e como já te falei Patrícia, digam o que disserem, mas estes meninos no futuro vão mostrar conhecimentos adquiridos e os conhecimentos adquiridos são importantes sim (A, M)

Se você pergunta pra mim assim: ‘você se sentiria bem sendo tutor na astronomia? Eu iria dizer pra você não, acho que não, porque eu não tenho nenhuma aproximação , nenhuma, a não ser de olhar para o céu e ver as estrelas, né, mas tudo bem, eu posso conseguir isso, posso, começando a olhar não só as estrelas, mas o que existe entre elas, que as torna de verdade alguma coisa que a gente precise conhecer mais... É, se é que eu não queria falar em nada assim mas, por exemplo eu sou obstetra, eu poderia ser tutor na biologia, poderia, embora eu não seja bióloga. Ah, de repente eu poderia estar trabalhando como tutora na ecologia? De repente poderia, meio-ambiente, né. São as aproximações. O que eu não me sairia bem é com algo que não tem nada a ver comigo, por exemplo matemática...Eu acredito que seja por aí, enfermagem, fisioterapia, mas é...(pequena pausa) ou professor... de repente um professor que tenha lá a pedagogia, consiga trabalhar muito bem...(H , F)

Alguns entrevistados tentam, com dificuldade, descrever qual o papel do tutor no grupo, já que ele deve estar em um lugar em que é, ao mesmo tempo, um par, isto é “mais um” entre os alunos, alguém que cresce junto com eles, e alguém diferente, que deve exercer a autoridade, ainda que com doçura, mantendo uma certa distância para “comandar” a tutoria e avaliar os alunos. Assim a tutoria acaba variando de um tutor para outro, como podemos observar nas seguintes falas:

Então é... assim que são as coisas! É importante acompanhar, é gratificante ver o aluno crescer, é gratificante você estar com eles, agora, tem que ser também gratificante dizer: “você não tem condições de passar, você tem que continuar.” Por quê que não tá acontecendo isso? O difícil é você estabelecer um equilíbrio, eu vou falar como tutor, o difícil é você estabelecer com, equilíbrio, você tem que ser o acompanhador desses alunos, você tem que ser o amigo desses alunos, você tem que ser o companheiro desses alunos, mas ao mesmo tempo você tem que ter a tua postura de ficar como tutor e não ficar igual a eles... Isso é difícil! Porque muitas vezes não se consegue entender o que é realmente um relacionamento superficial de companheirismo, que pode muito bem ser confundido como um relacionamento de companheirismo que leve ao... relaxamento das obrigações de cada um, né? Eu vejo muito isso, né? Eu sou muito amigo dos meus alunos, então com eles tudo corre bem. Chega uma hora que eu me sinto com dificuldade de dizer: “se você continuar assim, você não vai passar. Se você continuar assim você vai ser reprovado.” Quando eu tenho muito vínculo com esse aluno, eu tenho medo ou eu me sinto inseguro de falar isso. E é o problema de acompanhar o aluno durante o período. (O, M)

É isso que eu tô falando, deve ser mais um aluno, porque quando é mais um aluno, quando você se coloca, quando eles conseguem te ver como mais um no grupo, eles funcionam muito melhor! Funcionam muito melhor! Funcionam no seguinte sentido: de trazer conhecimento, de saber que você tá interessado, que você vai perguntar, quantos alunos já chegaram pra mim “isso eu estudei porque eu sabia que o professor ia me perguntar”. Então ele já vem, porque ele sabe que você vai participar, que você vai perguntar, que você tá atento como o que ele estudou ou não... Então isso, é ser mais um no grupo! Porque eles também sabem que eles chegam ali, porque... aquela vaidade, né? que às vezes é até sadia, “poxa, eu vou estudar porque o fulano estuda”, então, da mesma forma que ele estuda porque fulano estuda, e ele não quer ficar pra trás, ele vai estudar porque o professor é mais um do grupo e vai perguntar também, vai participar com ele. Aí é ser mais um aluno! [Mas sendo assim como fica a autoridade do professor?] Isso diminuiu! Talvez por ele ter descido lá do pedestal, né? Lá do coisa e até se tornar ali um deles, se o tutor não tiver... cuidado, ele realmente, ele perde a... vamos dizer assim, ele perde a rédea, né? Ele acaba... sendo visto como só um coleguinha mesmo e pronto! Quando na verdade eu acho que daí já é um exagero! Acho que, se ele tá ali como tutor, é tutor, é tutoriar, né? Então, até prove ao contrário, até prove ao contrário, e desde que ele faça para tal, a última palavra deveria ser dele! O que muitas das vezes a gente não vê! (B,M)

Não sei se é uma comparação correta, mas quando você tem um pai rigoroso, uma

mãe rigorosa, nem sempre você tem respeito, você às vezes tem medo, né, daquela autoridade, o rigor daquela autoridade. E pais e mães muito assim, aproximados e mais relaxados, às vezes não precisam ter tantas atitudes de... rigor, porque a relação é do mesmo nível! Não sei se dá pra comparar, entendeu? Mas o fato de a gente sentar à mesa com o aluno e participar do grupo como um do grupo, impõe respeito, sem ter que ser autoritarista, entendeu? Eu percebo assim. Eu não deixo de brincar com o estudante, eles falam assim: “ah, você fez uma tutoria light hoje!” A gente riu e tal, não deixo de brincar, não deixo de deixar espaço para gracinha, querer fazer gracinha e tal, mas na hora que tem que ter respeito, tem que ter respeito! Na hora da avaliação daí eu falava: “Não gostei da sua atitude!” A gente consegue falar de igual pra igual com todo respeito, entendeu? Porque eu tô sentada à mesa com ele e ele sabe qual é o meu papel ali, tô igual ao grupo, mas tem um papel de orientar e conduzir. Qual é o meu papel ali, né? Não vou ficar só fazendo gracinha, deixar rolar a bagunça, entendeu? Tem hora que bato na mesa e “ó, como é que é gente?! Pêra aí, já acabou o recreio! Acabou o recreio? Vamo voltar? Vamo voltar!” Todo mundo fica no vamo voltar. Então voltamos. Eles obedecem (risos)! De vez em quando a gente dá uma de mãe, entendeu? Mas sem deixar de brincar, sem deixar de fazer cara feia (pequena pausa). Equilíbrio! Tem que ser um equilíbrio, né? É bem interessante. Eu acho que não perde o respeito! A não ser que a pessoa não se respeite, né? Eu acho que é uma postura de quem tá ali naquele papel de tutor. Conhecedor da metodologia e tudo, mas uma postura. Você tem que ter uma postura! Brinco e tudo, e aí às vezes ele fala assim: “Ah! Vamo tomar chopp com a gente, professora?” Acho que eu não me permito isso, entendeu? Como é meio de vocês eu acho que se eu for che... se eu for pro grupo, lógico que a gente faz confraternização. A gente sempre gosta de fazer no final do período. “Ah! Vamo fazer confraternização? Vamo almoçar? Vamo jantar? Não sei o que...” A gente vai, numa boa. Mas assim não... acho que não é eu estar dentro do meio deles, fazendo umas gracinhas que eles fazem, que vai me tornar melhor ou pior tutora, entendeu? Depende da postura da pessoa.(C, F)

Para os entrevistados, esta relação mais próxima entre professores e alunos tem pontos positivos e negativos. A maioria acha que a aproximação estimula a participação e o aprendizado do aluno, mas alguns vêem como negativa a exposição de aspectos pessoais, tanto por parte dos professores quanto dos alunos:

Então, essa... essa coisa aproximou muito a gente em relação do aluno, né? Tanto é que a gente vê na EP(educação permanente), né? Você conhece o problema, tem nome, sobrenome, identidade do aluno. Você sabe qual é o aluno que tá dando problema, você consegue diferenciar quem tá capenga... Então, você conhece o

aluno! Aquela identidade do aluno. Você pode trabalhar e, adubar, né? ou podar... Mas fazer aquilo germinar. Eu acho muito interessante essa... esse resultado da mudança, como processo de formação, né? (C,F)

Os dois lados ficaram muito expostos, né? Os dois lados! No sentido de, é... vê quem é quem! Aquela história, no tradicional você via quem era o professor que tinha conhecimento do assunto, só! Hoje não, você vê a fragilidade de um modo geral, né? Você sabe se o tutor chegou de mau humor, se ele tá bem ou se não tá... enfim, você vê isso mais frente a frente, como a gente vê do aluno também, né? O aluno mais quieto, o que não é assim... O quê que tá acontecendo? ... Se, se ele souber, se ele tiver como ser... ter um... dar continuidade dentro daquilo ali, sem dúvida é! Cê consegue ensinar alguém, né? Você consegue ajudar o aluno! O aluno, pôxa, participa, sempre participou... O quê tá acontecendo hoje? “Quê que foi, fulano?” “Ah, aconteceu isso e aconteceu aquilo.” Então, você... você ajuda, você consegue ajudar!(B, M)

Mudou muito, porque você trabalha mais intimamente, você trabalha basicamente com aquele grupo seis meses, quatro meses, e você pode detectar algumas coisas, o aluno pega confiança em você, conversa alguns problemas dele, que a gente não precisa nem levar ao NAPP(*Núcleo de Apoio Psicopedagógico da instituição*), só leva ao NAPP quando a coisa extrapola, falam de coisas pessoais, que antigamente eles não tinham tanta oportunidade para falar ...acaba a tutoria, um fica, conversa, a gente conhece mais o aluno mais intimamente, tem um perfil melhor. Só isto aí, falando da parte negativa, isto é mal usado, isto é posto dentro do grupo, eu acho que há uma quebra de anonimato, acho que a gente tem que respeitar o anonimato, isto posto num grupo de EP, isso pode ter um outro efeito, o aluno pode nunca mais acreditar em você, aí você perde a confiança, então acho que alguns tutores fazem isto de maneira errada, tinha que ser uma coisa mais particular, sabe quando você conversa determinadas coisas lá não tem que trazer para cá, que é coisa particular do aluno(P, M)

Alguns entrevistados ressaltaram que a aproximação proporcionada por esta metodologia é tão grande que pode ser comparada à relação familiar, pontuando, contudo, que o contato do professor com o aluno também pode ser íntimo e carinhoso quando a metodologia empregada é a tradicional:

Agora não, agora você conhece o olhar quando tá triste e o olhar quando tá alegre. Você tem uma relação quase de família, né, e dizer família aí no sentido de família mesmo, a gente vira um corpo, e eu acho que isto ajuda muito no crescimento... o

tutor tem que ter conhecimento, ele tem que ter atenção, ele tem que ter disponibilidade de olhar os seus e de compreendê-los, de observar as dificuldades de cada um dos meninos, que estiverem com ele, precisa ser um pouquinho de organizador, um pouquinho de professor, um pouquinho de pai, um pouquinho de professor, aquele que puxa a corda, então ele tem que ser ... é puxar a cordinha: ‘Você tá tirando o espaço do seu colega’, né, estas observações, ele tem que tar atento... (H, F)

Então, o que eu espero dos meus alunos sejam muito bons médicos, que detenham conhecimento teórico, aplicado a realidade deles, que sejam profissionais éticos, adequados aos princípios morais, que tenham valores humanitários profundos, que pratiquem a medicina com amor e dignidade, que o dinheiro não seja a coisa mais importante na formação deles mas o exercício digno da medicina, que ajudem pessoas, e que sejam pessoas que saibam procurar os conhecimentos cada vez mais, que não parem no tempo...O método facilita, a aproximação em pequenos grupos ele facilita a empatia entre tutor e aluno. Ou melhor dizendo, ele exalta as características da relação, seja para mais ou para menos, pode virar uma verdadeira paixão como pode virar uma rejeição profunda. Mas de qualquer forma tende a aproximar, tira o contexto da imparcialidade, você não tem uma turma de setenta, oitenta alunos, que você entra na sala e você não sabe o nome da maioria dos alunos, aproxima, o grupo em geral é uma família, é um grupo, mas depende do professor, eu por exemplo eu me envolvo com todos os meus alunos, tanto daqui quanto na U(*outra universidade em que leciona*), eu tenho orgulho que eu tenho sido homenageado na turma de formandos da U há doze anos seguidos...(A, M)

A partir dos pontos levantados pelos entrevistados sobre o que é ser professor de medicina, podemos afirmar que, para muitos deles esta área de atuação não chega a ter uma identidade própria, isto é, “ser professor de medicina” seria um “apêndice” de ser médico. Os entrevistados, em um ponto ou em outro, associam o ensino médico à prática médica, entendendo que ensinar medicina é mostrar para o aluno como fazer medicina, se colocando como modelo. Por isso, alguns entrevistados são críticos aos professores que sabem falar mas não sabem fazer. As características apontadas sobre o que é “ser professor” de medicina foram, entre outras, deter conhecimentos (ser mestre), saber improvisar, gostar de trabalhar com alunos, saber trabalhar com grupos, saber transmitir (falar) e também saber ouvir. Tais características, ainda que possam ser associadas à prática médica, acrescentam algo mais, que seria o saber formalizado e a capacidade de transmitir este saber. Diferentemente do que ocorre na busca por atualização na prática médica, no ensino médico há um acompanhamento do processo de aprendizado do aluno.

O estudo de Bulcão (2000) de modo semelhante ao que assinalaram nossos entrevistados, também aponta para o fato de que a “transformação” de médicos em professores de medicina, muitas vezes, ocorre automaticamente. O que foi relatado por seus entrevistados é que, na época em que eles se tornaram professores, não era necessário ter titulações ou fazer concurso para ser professor de medicina, mas antes, o médico, geralmente era convidado ou indicado para este cargo e neste processo não havia preparação prévia para a tarefa a ser exercida. A autora assinala, ainda, que esta preparação não era considerada necessária pelos entrevistados de sua pesquisa, que achavam que a experiência e determinadas características individuais eram suficientes para o médico se tornar um professor de medicina. A autora entende que este aspecto vem ao encontro do valor atribuído à “experiência pessoal” do médico em sua atuação profissional, que, muitas vezes, não leva em conta em sua conduta “orientações acadêmicas e científicas”(BULCÃO, 2000, p.107).

Do mesmo modo, Costa Junior (2005) afirma que os aspectos pedagógicos da preparação docente não têm merecido atenção desta categoria profissional, em que os professores de medicina são contratados pela qualidade de seu desempenho como médicos ou pesquisadores, sendo enfatizada apenas a competência na sua área específica de especialização. Também os critérios de progressão na carreira se relacionam mais à sua produção científica do que a sua atuação docente, que é desvalorizada (COSTA JUNIOR, 2005, p.10).

Não há referências diretas nas falas de nossos entrevistados a um aumento de status, de ganho financeiro ou de reconhecimento social pelo fato do médico passar a exercer a função de professor. Isto, contudo, parece ficar sub-entendido, já que a trajetória da maioria dos entrevistados se assemelha: formaram-se na instituição (a maioria), passaram a trabalhar no hospital universitário- um dos maiores hospitais da região- ou nos postos de saúde, e fizeram, posteriormente, concurso ou começaram automaticamente a lidar com estudantes, recebendo um adicional no salário por isto. No entanto, o ganho a que alguns entrevistados se referem é a possibilidade de estar em um ambiente que estimula a atualização constante de conhecimentos, o contato com outros colegas da área e com os alunos. Assim, dependendo da sua trajetória de vida e vivência do magistério, o profissional adquire com o tempo “gosto” por sua atividade de professor. Alguns entrevistados se ressentem do fato de que os professores de medicina geralmente não têm formação adequada para se tornar professores. Outros percebem que alguns colegas vêem a atividade de magistério como mais uma atividade entre outras que desenvolve, ou mesmo como um complemento ao exercício profissional da medicina, fatores mencionados como empecilhos para se alcançar uma

satisfação e uma identificação com características atribuídas ao que seria considerado ser bom professor de medicina. A atividade de professor pode também ressaltar traços como o gosto por alcançar o “pedestal” em que eram colocados tanto o professor quanto o médico na época em que se formaram, algo que acreditam que deve ser combatido. A identidade do professor de medicina parece aflorar apenas nos que acham que ser professor tem especificidades em relação a ser médico, ou nos que passaram a priorizar a carreira acadêmica, mesmo sem abandonar o hospital, o posto de saúde ou o consultório.

Com a mudança metodológica empreendida na instituição, que propõe um novo perfil do profissional que deseja formar, e que tem como consequência alterações em como deve ser o ensino médico e as tarefas dos profissionais nele envolvidos, os contornos sobre o que é ser professor de medicina para alguns professores ganham destaque, enquanto que, para outros, tornam-se ainda menos relevantes, colaborando para sua desvalorização. Os professores que participaram do início da mudança foram “capacitados” para atuar no novo modelo, o que, para alguns, representou a primeira oportunidade de formação mais direcionada para o ensino. Novos saberes, novas terminologias passaram a fazer parte do repertório desses professores que, contudo, os assimilaram de formas distintas.

Na nova metodologia, ser tutor implica em exercer tarefas que não exigem, como no caso do professor de medicina, um saber médico anterior formalizado e a capacidade de transmitir este saber. Este é um aspecto que, de uma forma ou de outra, é criticado pela maioria dos entrevistados, o que parece estar relacionado à proximidade que eles continuam a enfatizar entre o ensino e a prática médica. Para alguns entrevistados, a nova tarefa exige a revisão de seus saberes biomédicos quando passam a ser tutores em etapas do curso em que são abordados conteúdos de especialidades distintas das suas, mesmo não tendo que se situar mais no lugar de transmissores de conhecimento. Eles entendem, contudo, que, para saber perguntar, é preciso conhecer o assunto. Para outros, ser tutor implica em se colocar como modelo de conduta profissional e, portanto, os tutores deveriam ser médicos de formação, pelo menos nos períodos mais avançados do curso.

Os entrevistados, no entanto, acreditam que “ser tutor” se aproxima de “ser professor”, mesmo que inicialmente as duas práticas se distanciem. Ser tutor implica em ter um acompanhamento mais próximo do processo de aprendizado do aluno, já que os grupos tutoriais são bem menores do que as turmas tradicionais. Além disso, a tutoria faz uso de técnicas pedagógicas próprias. No aspecto da avaliação do aluno, embora ainda não se tenha chegado a um consenso, o tema passou a ser mais amplamente discutido. Alguns entrevistados referem-se, ainda, às expectativas e inseguranças dos alunos diante deste novo

processo de aprendizagem. Isto, muitas vezes, leva os professores a atuar de forma tradicional, achando que têm o dever de aproveitar as oportunidades para ensiná-los. Esta visão parece apontar para as dificuldades destes professores e alunos de se “despirem” das antigas formas de ver e exercer o magistério.

Também causou dificuldades para alguns tutores do estudo realizado Aguiar(2000), a proposta não diretiva da metodologia em que o professor não deve dar respostas, por se acreditar que os alunos do primeiro ano (no caso deles) não têm conteúdo fisiopatológico suficiente para aprenderem certos aspectos da relação médico-paciente, ou por entenderem que os estudantes não legitimam sua autoridade enquanto professores se não puderem responder a suas questões. Alguns acabam por não cumprir esta regra, justificando ser este “seu estilo”. Outra dificuldade que os tutores do estudo de Aguiar (2000) apresentaram, de forma semelhante a nossos entrevistados, diz respeito à forma de avaliar o desempenho dos estudantes. A autora afirma que um de seus entrevistados prefere usar frases como ‘Em que você poderia melhorar?’ para não atrapalhar sua relação com os estudantes.

Quanto à questão da valorização de outros saberes na formação médica, os responsáveis pela capacitação dos tutores em Harvard avaliaram que, mesmo inserindo estudos de ciências sociais nos encontros entre os tutores, estes se interessam mais por aspectos da prática médica. O curso investigado por Aguiar (2000), no entanto, tinha uma forte intenção de inserir aspectos psicossociais nas discussões dos grupos tutoriais em que os alunos eram introduzidos à clínica, ao aprender, por exemplo, como conduzir uma entrevista. Aguiar (2000) afirma que a aproximação com conteúdos psicossociais não foi um problema relatado pela maioria dos tutores, mas os especialistas em saúde mental sentiam-se mais à vontade em avaliá-los, e menos confortáveis em avaliar aspectos clínicos, o inverso do que se dava com os clínicos. Os tutores que participaram do programa vinham de diversas especialidades, isto é, nenhum era *expert* na prática em que deveriam atuar como tutores, mas tinham uma forma bastante interessada de relatar sua percepção das tarefas.

A valorização do saber biomédico, colocado em prática no cotidiano, está ainda mais presente em muitos contextos da prática médica atual. Praticar desde os primeiros períodos é um dos motes da nova metodologia, e é desejo de professores e alunos que isto se concretize na instituição em que este estudo foi realizado. Contudo, os outros saberes que deveriam colaborar para a prática do cuidado médico, como os valores humanísticos, não são valorizados, na vivência cotidiana de nossos entrevistados nesta nova proposta metodológica, ao menos no que se refere às tutorias. Dentro desta lógica, é coerente a afirmação da maioria dos entrevistados de que os profissionais mais adequados para trabalhar os conhecimentos

relativos à prática médica são os próprios médicos, mesmo que na tarefa de tutores, que envolve outros saberes além do biomédico. Isto se dá porque, segundo alguns entrevistados, os médicos, por terem um conhecimento biomédico mais aprofundado, especialmente nos períodos mais avançados, poderiam enriquecer a “teoria” com exemplos de sua prática, inclusive aqueles relativos ao comportamento mais adequado ao médico, algo que envolve um conhecimento sistematizado. A maioria dos entrevistados acredita que este saber prático deve ser privilegiado no ensino médico também na metodologia PBL, e que não é possível aos não-médicos aprendê-lo com a profundidade necessária para exercerem a tarefa de tutores do mesmo modo que os médicos. Alguns entrevistados pontuam que os professores não-médicos “se escondem” na idéia de que a metodologia deve ser centrada no estudante e portanto não exige um saber médico especializado para embasar a condução da tarefa de tutor, realizando, no entanto, segundo eles, um trabalho de baixa qualidade. Outros se surpreendem quando os não-médicos fazem um bom trabalho. Outros, ainda, afirmam que, como são médicos, não saberiam ser tutores em outros cursos.

Podemos dizer, assim, que a maioria dos entrevistados, com base em sua vivência desta metodologia acabam por reafirmar a hegemonia do conhecimento biomédico, acreditando que, se ela for perdida, isto implicará na diminuição da qualidade do ensino. Isto acaba por perpetuar também neste modelo de ensino a desvalorização de outros conhecimentos envolvidos na área da saúde na formação médica. Os entrevistados que têm esta visão parecem não querer abrir mão de que os médicos de formação continuem a ser maioria no corpo docente do curso.

Embora a tarefa do tutor seja descrita mais ou menos da mesma maneira por todos, o que indica que eles têm uma compreensão semelhante acerca de sua descrição formal, as formas de vivenciá-la são relatadas de maneiras bastante diferentes. Alguns se tornam muito críticos em relação ao ensino tradicional, inclusive no que diz respeito à formação que tiveram e à forma como atuaram como professores até a mudança, afirmando que ser tutor é bem diferente de ser professor. Outros participam ativamente da mudança, entendendo que a nova proposta tem vantagens e desvantagens, sendo críticos a alguns rumos dados a ela na instituição e vivendo as inseguranças e dificuldades do dia a dia da tarefa que lhes cabe com otimismo. Outros, ainda, tem uma postura crítica e pessimista em relação ao ensino atual, o que fatalmente traz conseqüências no seu exercício diário da profissão. Finalmente há aqueles que não se incomodam em burlar as regras, fazendo em seu grupo tutorial o que consideram o certo.

Há, portanto, diversas formas de ser tutor que são inventadas a partir de uma descrição presente na proposta metodológica. Esta proposta é analisada pelos entrevistados com base em suas experiências, nas mudanças que, a partir de sua prática, acreditam que seriam desejáveis e nas expectativas sobre a formação de um novo perfil para o profissional de medicina.

5.1.3. O PBL e sua vivência prática

Para a maioria dos entrevistados a mudança de método trouxe mais aspectos positivos do que negativos para o ensino na instituição. Os aspectos positivos envolvem características preconizadas pelas diretrizes curriculares para o ensino médico e incluem a valorização dos aspectos de humanização na relação médico-paciente, da promoção da saúde e não apenas da cura das doenças e a formação generalista, em que é privilegiado o perfil do médico de família na formação dos alunos de graduação, como se pode observar nas seguintes falas :

Eu acho que o método atual, ele tende a valorizar muito as outras coisas que vinham sendo esquecidas no método tradicional , não é? A preocupação com o tecnicismo, a preocupação com o conhecimento exclusivamente, esse método, eu acho que além desse conhecimento, a parte da humanização, a parte da promoção e a parte da prevenção, eu acho que ela se torna muito mais forte do que no sistema tradicional!... O que eu saberia dizer é: o aluno nosso, ele já está começando a priorizar a formação generalista. Tá começando! Eu vejo muito isso no 7º período, onde antigamente, no meu tempo, tanto de professor como de aluno, 2º e 3º ano, 2º e 3º período, a gente já sabia qual era a especialidade da gente! ... Então eu acho que os alunos tão percebendo o valor disso, continua existindo muito aluno que já tem a sua especialidade, ou por causa do pai, ou por causa do colega, ou por causa do dinheiro, ou por causa do não sei o quê, que ele só vê a especialidade dele. Eu dou um exemplo: todos os alunos que eu tive no 7º período, dois, três ou quatro, eles já sabem qual é a especialidade desde o 1º período! Então, a gente tem que trabalhar pra mostrar pra eles que a especialidade é importante, mas a visão generalista é muito mais importante do que a especialidade. Se você pensar só em ganhar dinheiro, se você só pensar em se dar bem na vida, ou em assumir o hospital que é do pai ou da mãe, é outra coisa! Mas a formação do generalista, eu acho que o alunado tá começando a perceber e valorizar. Esse método de ensino do futuro médico, na visão generalista é muito melhor no sistema PBL do que no sistema clássico, isso aí sem sombra de dúvidas! Por quê será? Talvez porque se abra mais a idéia de criar a consciência-crítica, que antigamente não se tinha, né? A consciência

que tanto se fala, reflexiva, voltada, não para o tratamento da doença, tá, mas sim para a promoção da saúde e a prevenção da doença, coisa que antigamente não se valorizava, eu acho que o método agora tem esse fim, em todas as situações-problemas, a importância da promoção, a importância da prevenção, a importância da humanização no contato médico-paciente ou a estrutura médica. PBL ajuda muito isso! Na humanização, na conscientização, na formação do generalismo! O que não é exclusivo do método! (O, M)

Esse produto, eu acho que é um produto bem interessante! Ele não vai deixar de ser um bom profissional em relação ao aluno da UERJ, que não tá na mudança curricular, ele pode concorrer à residência tanto quanto... mas é um produto melhor! Que me agrada! No sentido mais amplo de um “ser médico”. Que a gente vê às vezes hoje tão banalizado ou tão tecnicista. Por quê que o Ministério instituiu as diretrizes curriculares? Porque ele olhava pra esse produto e achava que tinha que mudar esse produto. Não foi a gente que instituiu a mudança. A mudança veio nas diretrizes, né? E a gente aproveitou a técnica da metodologia baseada na... no PBL, né? E trouxe para as diretrizes! Mas as diretrizes, se você for ler as diretrizes, ela fala do... do trabalho em pequenos grupos, com alunos que sejam críticos-reflexivos, que sejam inseridos na prática nas atividades primárias, secundárias, terciárias de maior complexidade, fala de tudo que a gente tá fazendo! Entendeu? Então, é uma necessidade que foi vista lá, a nível de gestão mesmo da educação, que achava que precisava mudar! (C, F)

Então eu acho que se você fala de uma mudança de perfil de um médico que seja um generalista acoplado a sua sociedade sim, com ênfase no médico de família, sim, nós estamos fazendo isto (P, M).

Também são mencionados como aspectos positivos da mudança preconizada nas diretrizes e que são percebidos pelos entrevistados no seu dia a dia um maior envolvimento do professor tutor com o aprendizado dos alunos, motivando a busca por um conhecimento em constante transformação e uma posição mais ativa, mais crítica e, mais responsável por parte dos alunos que participam e estudam mais nos grupos tutoriais do que ocorre no método tradicional. Estes aspectos podem ser observados nas falas a seguir:

O estudante no método tradicional era uma figura muito passiva, totalmente passiva, ele geralmente esperava que o professor passasse o conhecimento dele, e não questionava este conhecimento, não era um hábito a gente ficar fazendo revisão de literatura, pegava o livro que o professor indicava, a gente estudava aquilo,

aquilo era a verdade, o conhecimento era aquele. Hoje em dia o professor que é acessível, ele amplia a possibilidade de busca de conhecimento, ele mostra que há uma variedade de informações, na verdade a gente não tem geralmente o que é certo, a gente tem o consenso do que é aceito mais hoje em dia... (F, F)

O aluno criar a consciência que ele tem que estudar e que ele tem que aprender e que ele que se formar entre aspas, eu acho que isso partiu desse método! Antigamente, não existia isso, né? Então, no sentido de você criar um aluno com juízo crítico mais apurado, esse método já se diferencia drasticamente dos outros, tá! Então, o grande... o grande ponto positivo é que o aluno cria a consciência de que: se eu estudar eu vou aprender, se eu não estudar não vai ter jeito! Eu acho que isso é muito importante, básico! Acho que talvez é o ponto mais importante dessa nova metodologia, tá? É aspecto positivo...Eu acho que nesse aspecto me chamou bastante atenção, o aluno tem o interesse em ir pra casa e estudar, o aluno tem o interesse em ir pra casa e trazer uma bibliografia, o aluno tem o interesse em fazer um resumo, não da situação-problema, mas das questões relacionadas com a situação-problema. No método clássico era: estudar o que se dava na aula pra passar na prova e ponto final! Então, o crescimento na maturidade desses alunos do 7º período é totalmente diferente do que era no 7º período do sistema clássico!... Fácil é ver o aluno crescer, progredir e evoluir, isso, fácil não! Gratificante! Isso seria muito gratificante! E é o que a gente vê... eu vejo isso tanto no 7º período quanto no 2º período, eu vejo isso na grande maioria dos pacientes, dos doentes. Ah, dos alunos! Olha a mania do médico aí! Dos alunos! É ver eles crescerem, e a gente nota isso! Coisa que no sistema clássico a gente não notava! Ele ia lá, dava... fazia prova, assistia uma aula e tudo bem! Não existia esse contato e esse acompanhar a evolução do aluno. Eu acho que o gratificante é isso! (O, M)

Eu acho que os grupos tutoriais são melhores do que o modelo clássico de aula, eu acho que os alunos falarem, partir deles o conhecimento, *eles ensinarem uns aos outros*(grifo nosso) é melhor, perfeitamente, concordo plenamente...e no PBL eles estudam mais, do que no método tradicional, só estudam em véspera de prova... uma autonomia para procurar o conhecimento, e isto o PBL estimula, que eles sejam elementos ativos na busca do conhecimento, o PBL realmente estimula eles a procurar o conhecimento mais do que o tradicional... Mas que outro tipo de profissional quer se formar? Um profissional que seja ativo na busca de conhecimento, isto se forma, com o PBL talvez se forme, que tenha um senso crítico mais aprimorado, isto se forma (A, M).

Um dos entrevistados acrescenta que, além aprender a ser mais crítico na construção do conhecimento, nos grupos tutoriais o aluno também aprende a exercitar a crítica aos colegas e a aceitar críticas, respeitar diferentes pontos de vista e ter maior tolerância, com o outro, o que pode ajudá-lo a futuramente trabalhar melhor em equipe:

Bom, positivo, é do... a medicina hoje exige que você trabalhe em grupo, então você Bom, positivo do... a medicina hoje exige que você trabalhe em grupo, então você já está preparando o aluno a trabalhar em grupo. E fundamental! A equipe, né? Outra coisa, dentro da próprio trabalho em grupo, você aprende algumas coisas, que é a tolerância, paciência, entender as pessoas, eu acho que cria também uma certa sensibilidade, que é aquilo que a gente estava falando no médico, e isso é interessante. Vê que você não é onipotente... Eu acho que esse método... o aluno busca mais, em termos, é mais crítico, talvez ele aprenda a ser mais ético por trabalhar em equipe, seja já vai aprendendo a ética, o respeito, também, que é a lei. ...É saber receber a crítica e levar a crítica! Mas tudo com respeito, não é? Uma coisa que não acontece, porque várias pessoas não tinham essa formação e não tinham essa habilidade de trabalhar em grupo, e não têm respeito pelo outro. Que é fundamental nesse ponto! O método dá essa coisa de trabalhar em grupo, que hoje a gente sabe que o médico trabalha muito com essa coisa multidisciplinar, dentro do hospital, dentro de uma unidade de saúde, tem várias coisas o trabalho de tutoria é levado para fora, que é o espírito de tolerância, saber ouvir, trabalhar em equipe, isso facilita muito, então acho que isso é um avanço, e da busca, da pessoa buscar o conhecimento. No tradicional, às vezes você buscava alguns, *hoje você busca todos (grifo nosso)* (P, M).

No entanto, alguns professores entendem que, mesmo que uma parte dos estudantes se torne mais crítica, há uma imaturidade inicial para que busquem por si só conduzir ativamente seu aprendizado. Segundo eles, o tutor poderia trabalhar isto com os alunos ou, de algum modo, as falhas de conteúdo deveriam ser supridas de maneira mais direcionada em outros cenários de aprendizagem:

Tem um aspecto negativo, o aluno não tem consciência disso! A importância que ele tem como *auto-aprendizado (grifo nosso)*. O aluno vem de um 2º grau com uma mentalidade totalmente diferente, né? Então, certas horas ele tem que ser, realmente, mais conduzido no sentido de dizer: “eu tenho que aprender por mim! Os outros estão aqui pra me ajudar, mas o aprendizado é meu! A responsabilidade é minha, a evolução é minha!” Eu sinto que o aluno não vem preparado pra isso! Então seria, não o aspecto negativo do método, mas seria uma dificuldade, não é?... Então, o que eu vejo em relação ao 2º período: um grupo totalmente imaturo, que

está no início do aprendizado dessa nova metodologia e que a importância dos tutores, nesse 2º período, seja até maior do que nos períodos avançados...(O, M).

Eu acho que estudante é estudante, ele vai ter sempre... se ele é estudante de mestrado, doutorado, qualquer tipo de graduação, ele tem que ter um orientador. Eu acho que as aulas teóricas elas não são ruins não, elas tem que ter em algum momento, né, mas tem que ser bem colocadas. Então por exemplo, se a gente faz um problema e o aluno fica com dúvida, uma dúvida que os tutores não conseguem resolver, eu acho que vale a pena uma conferência, até uma aula, porque se aquele assunto é importante, o objetivo não é que o aluno aprenda? Então ele vai fixar mais, ele já estudou, acho que tem problema nenhum, aula teórica não é ruim, só(ênfase) aula teórica eu acho que é ruim, por que chega um momento que os alunos cansam, né.(P, M)

Um dos entrevistados entende que este tipo de maturidade deveria ser construída antes do aluno chegar ao ensino superior:

Não adianta pegar o que tá tudo errado e bater, mexer lá em cima! Tinha que tentar lá em baixo, começar lá de baixo! Talvez essa metodologia, esse alunos tivessem um maior amadurecimento, se isso começasse lá de baixo! E não chegar na faculdade, e querer mudar agora algo tão importante, querendo... tudo bem, alguns vão aproveitar! Mas se começasse lá... dum nível menor, eles conseguissem...Mas eu acho bom, assim, pra que, pra que isso fosse, pra que isso fosse muito melhor aproveitado, acho que tinha que começar do início! Não na faculdade! Deveria começar lá... sei lá do Jardim, como é que fala hoje, né? Tinha que começar lá de trás, e isso sim, esses alunos teriam maturidade pra chegar e ter um grande aproveitamento quando tivesse na faculdade (B, M).

Há, portanto, professores que entendem que a maioria dos alunos formados pelo novo método é diferente dos alunos formados pelo método tradicional. Para alguns deles a grande mudança está no fato do professor poder acompanhar mais de perto o aprendizado, enquanto que, para outros, apesar da mudança possibilitar uma nova forma de conduzir o aprendizado, somente os alunos mais interessados se beneficiam disto, como acontece também no método tradicional:

A gente não teve produto formado, ainda, né? Então, a gente espera que daqui há um ano e meio a gente olhe pra esse produto. O aluno da mudança, não tem formado, né? Esse aluno... mas eu acho que contempla muito até onde a gente tá

acompanhando, pelo o que eu converso com o aluno no corredor, ali no fórum, conversei muito com os alunos que tavam lá no HNN(hospital conveniado), já. “Como é que você tá se sentindo lá?” Esse tipo de fala que o aluno tá trazendo, satisfaz! Eu tenho meu senso crítico (risos), não tem nada estatisticamente comprovado, mas pelo meu senso crítico eu acho que sim! A gente não vai deixar e ter os alunos medianos, né, abaixo da média ou os alunos que fala assim: “Caramba! Esse aí, tomara que não vá exercer!” Eu acho que a gente tem essa peneira, né? Pela metodologia, como a gente não tinha no tradicional também, a gente botou muita gente, (fala baixo) na estrada aí que não emplacou, né? Isso aí não dá pra ser assim, transformar o produto total, em 100% qualificado, vamos dizer assim, entendeu? (C, F)

Olha, eu não tenho...não tanto tempo assim para ter esta convicção, mas no que eu vejo eu vejo compromisso sim, não que os outro meninos também não o tivessem. Não que os meninos do tradicional não tivessem. A gente sempre tem aqueles que são mais empenhados e aqueles que são menos empenhados. O estar muito próximo permite ver o empenho mais definitivo de cada um, né, e eu acho que eles tem, a tendência é ser um profissional mais completo (H,F)

Como é que o aluno funciona, é, você vê se você der um pouquinho de você, você vê que o teu aluno anda mais, você consegue fazer um pouco mais por eles do que anteriormente, né? Claro que depende dele, também, né? Ele querer! E a gente logo vê, se a gente via com os setenta, oitenta, a gente via que tinha 10%. Hoje, ainda é 10%! Continua do mesmo jeito não mudou não! São poucos ainda que, aquele que fica até mais tarde, que quer saber um pouco mais... Isso continua a mesma coisa, não mudou não!... (B, M)

O aspecto negativo ou a principal dificuldade apontada pela maioria dos entrevistados diz respeito à avaliação, entendida como algo que não deve ser negligenciada no ensino. A este respeito, eles mencionam o modelo de prova implementado pela instituição, que não atende as necessidades de uma avaliação de ensino médico, pois não permite que uma maior quantidade de assuntos seja avaliada, bem como o fato da avaliação estar em constante processo de mudança. Também é apontada a dificuldade de se avaliar o aluno, especialmente num modelo em que a proximidade entre alunos e professores é maior, correndo-se assim o risco de que profissionais não qualificados entrem no mercado de trabalho:

Eu acho porém que quanto ao método tradicional, que o método tradicional, o, o permite avaliações que avaliem mais extensamente o conteúdo, permite que você

avaliar, enfim, conteúdo mais amplamente, que este modelo de prova aqui não permite porque não dá tempo, o método tradicional permite a melhor avaliação... Então se você me pergunta se representa grandes mudanças, grandes futuros, eu diria pra você que dentro de limites sim... (A, M)

A gente criou um método de avaliação que até hoje não está concluído! E tem que se concluir, tem que ter uma diretriz! Ele pode ser mutável, mas tem que ter um embasamento, um centro, e a gente não tem nada! Até porque as pessoas que criaram a avaliação, não eram capacitadas, não eram pessoas da área médica. Como é que você vai avaliar... Como é que você vai entender uma avaliação médica, sem... Aí, não usaram os professores! Teriam que se usar sim pedagogos, psicólogos, todo mundo! Mas, basicamente, tinha que ter um professor da medicina. E as pessoas que participaram, pouco deram aula dentro da medicina, ou não tinham conhecimento nenhum, e por isso que está essa confusão! E a gente perde! E aí há um desgaste! Faz-se oficinas e oficinas e não chega a conclusão nenhuma! E não vai chegar! (P, M)

Então, eu acho que ainda me angustia essa avaliação, porque é uma responsabilidade, que eu falo assim: se eu deixar esse aluno ir à frente, eu tô sendo responsável por formar mal? Tô sendo conivente, tô sendo omissa, né? Às vezes a omissão incomoda mais que você dizer um “não” né? Não quero fazer isso, mas ser omissa, às vezes é pior, porque você deixou rolar. “Você vai à frente, mas eu não confio em você não, você não vai ser um profissional mesmo, né?” Eu falo muito na seleção natural, a seleção natural, vai selecionar na vida profissional, muita gente fica na peneira. Não passa pra residência, só vai trabalhar em plantãozinho aqui, plantãozinho ali, mas vai ser um profissional que tá qualificado pra aquilo, vai ter um carimbo na mão, vai fazer receita, vai matar gente, entendeu? Então, eu tô sendo responsável por esse cara que tá ali.(C, F)

Antes não tinha esse problema, mas não é porque era uma qualidade! Porque realmente não existia um grande relacionamento, existia um mínimo relacionamento, entre alunos e professores, não é? Então, no meu... na dificuldade de superar, é uma crítica que a gente faz no sentido até de a gente se aprimorar, de a gente evoluir! Mas não afasta a grande qualidade da aproximação do aluno com o professor... Isso é difícil! Porque muitas vezes não se consegue entender o que é realmente um relacionamento superficial de companheirismo, que pode muito bem ser confundido como um relacionamento de companheirismo que leve ao... relaxamento das obrigações de cada um, né? Eu vejo muito isso, né? Eu sou muito amigo dos meus alunos, então com eles tudo corre bem. Chega uma hora que eu me sinto com dificuldade de dizer: “Se você continuar assim, você não vai passar. Se

“você continuar assim você vai ser reprovado.” Quando eu tenho muito vínculo com esse aluno, eu tenho medo ou eu me sinto inseguro de falar isso. E é o problema de acompanhar o aluno durante o período. (O, M)

O aluno nosso a gente via ele numa prova! Hoje não! Hoje a gente vê ai no dia-a-dia. Então, em relação, assim, a avaliar melhor, acho que a metodologia atual realmente avalia melhor, porque a gente não tem coragem é de avaliar...(B, M)

Alguns professores criticam, ainda, a falta de padronização da avaliação, que se torna bastante subjetiva, bem como a falta de critérios que apontem o mérito e as diferenças entre os estudantes nesta nova forma de avaliação utilizada na instituição já que nessa nova metodologia os alunos são avaliados apenas segundo os conceitos Suficiente e Insuficiente não mais recebendo notas, o que diferenciava melhor os alunos:

Acho que a gente deve buscar algum tipo de premiação aos alunos, porque uma coisa que eu ouvi recentemente de um aluno extremamente crítico, inteligente, este aluno fez uma crítica, ele diz o seguinte: Eu posso me esforçar quanto eu quiser por que o máximo que eu vou ser é tão suficiente quanto o outro que estudou que levou S que muitas vezes estudou muito menos do que eu. Este método de avaliação não premia o mérito, o estudo, você vai dizer assim ‘Pô, que aluno competitivo, ele quer dizer que tira dez enquanto o colega dele tirou sete, não me interessa saber se ele tem dez ou sete, me interessa saber se estou formando um médico capaz de ir em frente ou não’, concordo com você, mas realmente isto gera alguma angústia deles, em que a suficiência ou insuficiência não dá idéia pra eles de quanto suficiente ele é quanto insuficiente ele é, eu não digo nem por vaidade, puxa, fui o melhor aluno da turma, tirei 9,5, tirei dez, mais que ele saiba ‘Pô tú tá bem cara, você não foi só suficiente, você tirou uma boa nota’, é uma crítica deles, eu acho que como professor eu tô mais preocupado em saber se ele pode ir em frente ou não, se ele está suficiente ou não, mas que para eles tem sentido ele saber se ele está bem ou quanto ele está mal, é importante para eles.(M, M)

Também foi apontada pelos entrevistados a falta de padronização no que diz respeito às diferenças, por vezes grandes, entre os tutores, no que diz respeito à preparação que tiveram para trabalhar com método e à forma como cada um conduz seu grupo tutorial. Esta questão que reforça o que pudemos observar na análise da categoria “Identidade do Professor de Medicina” quando eles se referiram à multiplicidade de maneiras de se exercer a tutoria por

eles observada. Os entrevistados entendem que o processo de aprendizagem torna-se “tutor-dependente”, o que pode trazer para alguns alunos a sensação de vantagem e para outros, a de desvantagem:

Hoje, eles tem é... na verdade, hoje ele não tem expectativa. Hoje eles tem, vamos dizer assim, é... ansiedade! Por quê? Porque ele, a ansiedade dele é saber: qual vai ser o meu tutor? Porque eles já se conhecem! De um período pro outro, eles já sabem quem... quem é o R., quem é o outro, quem é o outro, quem... Eles já sabem! Então, quando eles vão cair pra uma tutoria, ele já... ele... quando vai passar de um período pro outro, a, a aflição deles, a ansiedade deles é saber com que tutor eles vão cair. Porque eles já sabem que o tutor fulano de tal, ele age desse jeito, o tutor fulano de tal é bom, o tutor no outro não é bom não, ó, o tutor é assim, então eles já sabem! Então eles vivem ansiedade, não é expectativa!(B, M)

Teve gente que nunca tinha dado uma aula, e entrou como tutor. E eu acho que isso é muito difícil. Aí você fala: “mas teve gente que se deu bem”. Se deu! Tem gente que tem isso nato, que sabe lidar com o grupo empiricamente, mas sabe! Quer dizer que... E até leu um pouco mais, mas a qualificação das pessoas foi assim... Se você botar os estágios, hoje a gente tem várias pessoas, em vários estágios, e isso gera um pouco de conflito. Porque se todo mundo não estiver pelo menos no mesmo estágio, e conhecendo o que está fazendo... Tem uns que nem tem idéia do que seja o método. Aí a gente vai para uma discussão, na educação permanente, você vê que a pessoa está falando uma coisa, que para a gente aquilo ali é uma coisa do passado, que já era para a pessoa estar sabendo. Então a gente fica correndo igual cachorro atrás do rabo. E isso dá um desgaste muito grande! Se você... ser repetitivo, eu acho que cansa as pessoas, gera mais debate, mas não debate positivo, que a gente tem que... Tipo assim, se a gente passar para o colega o que a gente sabe, pode soar meio pedante, “ó, o cara sabe, e tal”. Não era a gente que tem que fazer isso, era a Instituição, então a gente fica passando... sabe? Sabe quando você vai discutir com um analfabeto, lê, aí o cara vai falar assim: “mas você saber ler, eu não sei”! Só que aqui, as pessoas, por estarem no mesmo nível superior, às vezes elas não abrem... pela coisa da vaidade, elas não abrem mão. Então, elas vão ficando defasadas. Você vê que tem gente que não conhece o método, então a tutoria, ela tem a cara do tutor, né? Sim! Tem a cara do tutor, mas tem que ter uma diretriz, e nem todas tem essa dire... essa norma. (P, M)

Assim, eu tenho pouco tempo de PBL né, razoavelmente pouco tempo, um ano meio em grupos tutoriais, mais alguns meses anteriores em que eu tive a informação, a capacitação em cima do método, mas o que me parece é que ...é ...é

muito profissional-dependente o que ocorre, não sei se é a situação da instituição em particular ou se seria encontrado em outro tipo de instituição que trabalhasse dessa maneira, então a gente não tem muita padronização, também do profissional de ensino, então um profissional participa um pouco mais do debate, durante a sessão tutorial o outro fica completamente calado, então acho que essa falta de ...de padrão... de formatação... não sei se é tão positivo assim, seria minha crítica, então meio que cada um faz como acha pertinente, não sei se é... se em outros... eu só trabalhei aqui no PBL, então não sei, não saberia te dizer, mas eu acho que isso é negativo! Porque, na verdade você não oferece a mesma oportunidade pra todos esses grupos que estão aqui... que se eu faço de um jeito, o colega faz de outro e o outro faz de outro... eu posso acertar e ele pode errar e o outro errar ou vice versa né, então eu acho que depende muito da pessoa que tá aqui e isso não é legal . Eu acho que falta uma padronização do serviço que é oferecido ao aluno, a minha crítica seria essa.(U, F)

Um dos entrevistados aponta que em outras instituições o método foi implementado de uma forma mais “pura”, havendo maior homogeneização ou maior compatibilidade entre as equipes de trabalho e a rotatividade de papéis, mas, para isto, é preciso homogeneizar os salários. Assim, para ele, questões administrativas podem impedir que a proposta metodológica seja aplicada de forma adequada:

Por exemplo, é, a maioria das faculdades, o período, o coordenador de período tem autonomia para escolher sua equipe de tutores. Sei lá, isto é importante. Vou escolher, quem tem mais...se eu puder, a gente tenta escolher quem tem mais afinidade, isto rende o trabalho, isto é melhor, e isto é o PBL, você ter afinidade com seu grupo, o grupo de construção, o que que vai acontecer, você vai trabalhar em equipe o tempo inteiro, se você tiver uma equipe de tutor bem afinado, a equipe de construção, e o coordenador bem afinado, vai render muito mais, os palestrantes, o LH, teria que ter obrigação, nos outros lugares o coordenador tem essa autonomia para escolher tudo e funcionar, não é que ele exclui os outros, ele tenta montar um grupo homogêneo, ou quase isto, para poder funcionar a coisa, e o trabalho rende muito mais, nas outras faculdades é assim, são assim, é aplicado assim, mas porque tem um planejamento, você tem um banco de tutores, então o cara sempre tá brigando, entendeu, e tem liberdade também, mas para isto você precisaria ter uma carga horária de 20 a 40 horas, que é o que falta aqui, e um planejamento, e também botar o cara para descansar, ele não tem que ser sempre tutor, não tem que sempre fazer o problema, não tem que sempre ser coordenador, quando implantaram o método aqui uma das coisas que falaram que todos deveriam

que ser coordenador um dia, todos deveriam que ser da EP... Experimentar e não perder a carga horária dele, o problema é que quando há essa mudança o cara perde o salário...(P, M)

Outro aspecto negativo levantado pelos entrevistados sobre a forma como a instituição está conduzindo a nova metodologia de ensino diz respeito à falta de oportunidades para vivenciar a prática médica desde o início do curso, algo que está nas diretrizes curriculares, mas que não ocorre de fato como deveria:

A gente vê muita reclamação de aluno em termos de... é... falta de... (pausa) ...como é que eu poderia te dizer...de oportunidade de colocar em prática o que eles vêem né, apesar da inserção na prática, a inserção na prática não funciona talvez pra todos os períodos, muitas vezes eles são inseridos no ambiente da prática. Mas não consegue praticar nada ali dentro... isso não é uma questão que eu tenho observado por mim, “tô” te relatando o relato de aluno né... ser colocado num ambiente de prática, não quer dizer praticar... (isso no tradicional também não ocorria?) Não ocorria, mas também, por outro lado, não se prometia ao aluno que ele teria isso, e no PBL se promete, não “tem inserção na prática desde o início” ...entendeu, inserido no ambiente sim, inserido na participação... talvez não, não sei até que ponto isso é vantagem pra ele (U, F)

Só falta a habilidade, aqui, porque em outros lugares a pessoa pega a teoria e joga na habilidade, que é fundamental, não adianta ficar no laboratório de LH(laboratório de habilidades), em outros lugares se usa outros cenários, nós temos um hospital à tarde que é sub-utilizado, e os alunos querem ver doente, porque não põe o aluno à tarde? Tem que ter um preceptor para estar com o aluno, o próprio tutor poderia estar com o aluno, mas aí o tutor teria que ser médico em alguns períodos pra “tar” estimulando o aluno para ver o doente (P, M)

Alguns cenários precisam melhorar. Principalmente pelos cenários de prática tudo que a gente ouve falar... É claro que tem fragilidade na tutoria. É mas é cenário de prática... A gente percebe isso por um depoimento de um colega foi até na EP contou que os nossos estudantes estão chegando lá no internato, lá no HNN(hospital conveniado) e ficam paralisados, não sabem trabalhar sozinho com o paciente... pra mim o problema é que a gente não aprende com boneco, foi uma coisa que foi colocada não é legal você só ter boneco para examinar, a parte da prática com o paciente tá muito pouco, embora eu tenha citado aqui que a gente atua com estudante de graduação lá, atualmente passam dois estudantes por vez mais

rapidamente passa, passa, antigamente eles ficavam dois meses com a gente, aí ficava direto vendo paciente, o tradicional realmente tinha esta vantagem, eles viam muito paciente, agora eles vêem menos paciente (F, F).

Algumas críticas contudo, foram feitas pelos entrevistados à metodologia de ensino em si e não à instituição. Dois dos entrevistados entendem que, embora as diretrizes curriculares para o curso de medicina preconizem a formação de um médico generalista, no ensino de graduação, isto não deve ser confundido com saber “de tudo um pouco e de tudo mal”, o que é um risco devido à complexidade e à velocidade da produção do conhecimento biomédico. Uma das entrevistadas assinala que a metodologia não deve desvalorizar outros perfis profissionais, bem como forçar a adoção de um perfil ou provocar uma oposição dicotômica entre o médico generalista e o especialista :

Eu acho que é tanta informação é... tantas coisas se juntaram que não dá mais pro profissional prestar esse tipo de serviço, ser o médico de família, eu não acho; embora haja um abordagem até mesmo na formação do aluno pra fazer uma formação gene... uma formação pra... voltada pra médico generalista e médico de família eu acho que você vai até certo ponto. Não vejo uma possibilidade de você abraçar o mundo como se abraçava antigamente... a gente é bem capaz de formar bons generalistas sim, não “tô” questionando isso, acho que o papel da faculdade é esse primeiro passo mesmo, é formar alguém com as mínimas noções das doenças mais freqüentes e que possa se virar num plantão, atuar num ambulatório geral. Mas se você quiser a minha... a minha característica é de pesquisa, então pra alguém que quer lidar com pesquisa ficar... é... como generalista não combina tá, então... talvez seja um viés aí da sua pesquisa é... me colocar né respondendo questionário, mas eu tenho um outro perfil, eu gosto de ir a fundo, eu gosto de pesquisar, de estudar, então pra mim essa... esses braços muito abertos não adiantam ...e que ao mesmo tempo formar os generalistas pra atender o grande éééé... numero de atendimentos , é suprir a demanda social versus se aprofundar no conhecimento científico, acho que é uma... eu acho que vai ter perfil de.. de aluno e de profissional pras duas coisas, tem gente que não tem perfil de pesquisa, vai fazer o atendimento que... a faculdade o formou pra fazer, vai fazer uma especialização talvez, talvez nem isso né... eu acho que, eu acho que tem campo pra todo mundo...Eu acho, ter uma formação nesse perfil e depois orientar sua carreira profissional pro que você gosta de fazer. Mas acho que sem aquela pressão “ a todo mundo tem que ser generalista”, tem gente que não tem perfil; “todo mundo tem que fazer mestrado e doutorado”, tem gente que não tem o perfil... (U, F)

Hoje em dia eu tô notando que existe essa melhor visão da formação de um médico generalista, bem entendido, eim? Médico generalista, não é médico que não sabe nada de tudo, né? Tem que ter bem concepção de médico generalista (O, M).

Um dos entrevistados entende que a formação generalista não é sinônimo de formação para as unidades básicas, devendo o PBL ser abrangente o suficiente para possibilitar que os alunos reflitam sobre uma diversidade de temas:

Ainda não, falta alguma coisa, até porque o médico é preparado para uma coisa de primeiro mundo e a realidade é de terceiro mundo, a faculdade, ah, bota numa UBSF, bota ali, bota aqui, mas na verdade a maioria dos médicos vão para dentro do hospital, 80% . 20% é que vai para Unidade Básica, então eu acho que a faculdade tem que trabalhar com esta realidade, ela tem que parar que que... formar um médico geral para o hospital, essa é a verdade, não é formar um médico geral para a unidade de saúde da família mas não é isso que a maioria procura... eu acho que os problemas, dentro do PBL, tem que ter a realidade de todas, todas as fatias da sociedade, todas as polêmicas que existem dentro da sociedade tem que estar dentro do problema... Não, às vezes é vedado, agora não alguns períodos falam de todas as fatias, porque não é só a classe C e D que tem problema de saúde, não é verdade, eu acho que tem que envolver todas, falar de sexualidade, falar de substância química, falar de atendimento, de cobrar atendimento, de plano de saúde, acho que tem que falar porque o aluno vai ser inserido neste mercado de trabalho, aí chega lá ele empaca (P, M)

Um dos entrevistados se refere à falta de coerência entre a proposta de se formar alunos reflexivos e o fato das provas de concurso para residência serem de múltipla escolha, o que oferece poucas oportunidades para os alunos formados pela nova metodologia mostrarem seu diferencial em relação aos formados pelo ensino tradicional:

O Governo não pode querer isso que ele tá querendo atualmente, e continuar com esse método cruel de residência. Não pode! São, é... nós vamos, nós vamos fazer ET, né? Nós vamos criar alunos que se relacionam bem, que são indagadores, mas que não sabem fazer uma prova de múltipla-escolha pra passar na sua residência! ... Então eu acho que isso, eles sofrem! Por quê? (B, M)

Um professor entrevistado enfatizou ser importante que as transformações no ensino tenham como contrapartida mudanças sociais, entendendo que a sociedade também precisa mudar:

Há uma frase muito corriqueira, muito vulgar talvez, né, mas como ela é aplicável a outras áreas, a política, a educação, também na área médica! “A sociedade tem os médicos que merece!” ...Quando eu estudei, há muito tempo atrás, o método Flexineriano da formação do médico, né? Quando o médico existia, era pra tratar da doença, ou para internar, onde tudo se fazia dentro do hospital e a população, a cultura da população cresceu também nesse sentido. Então, eu acho que o médico e a formação do médico tem que evoluir, mas a cultura da população, a maneira de pensar da população, também tem que mudar, porque senão também fica um pouco difícil. Não adianta eu mudar a forma da... a forma não! A concepção da formação do médico, se eu também não me preocupo em tentar mudar também a mentalidade da população! (O, M)

A maioria dos professores entende que, em sua prática como médicos, pouca coisa mudou depois que começaram a atuar no PBL. Uma vez que eles já tinham consolidado sua forma de atuação, transformaram apenas sua prática de ensino:

Não, sinceramente como médico não. Essa inserção aqui na tutoria, ela me fez repensar alguma coisa sobre o papel do estudante no processo de ensino-aprendizado. Então contribuiu mais na minha formação, minha atuação como professor, não tanto como médico, porque...talvez assim me ajude às vezes a me manter atualizado em alguns conhecimentos, me ajude, talvez algumas coisas que eu não lia a algum tempo, eles discutem aqui na tutoria, você sempre aprende com o aluno, o processo de ensino- aprendizado você ensina e aprende, você revê coisas ...(A,M)

Não... Não eu faço da maneira como eu fazia não me mudou como profissional, me mudou como professor sim, mas como profissional não. Eu atuo da mesma maneira como eu fazia antes.(U, F)

Apesar de ter afirmado que sua prática quase não se modificou, um dos entrevistados ressaltou que hoje tem uma escuta diferenciada em relação à realidade das unidades básicas de saúde:

A minha maneira de interpretar não mudou não, tá? Não mudou não, porque eu acho que os grandes valores do passado, continuam sendo os grandes valores atuais,

tô falando em termos da minha atuação profissional! A metodologia, pra mim, não mudou em grandes coisas a minha atitude profissional. Tô falando profissional médico! O que eu era médico antes, eu continuo sendo médico agora. Evidente que, certas horas, você ouvindo, participando, discutindo, vendo outros cenários, vendo as dificuldades da UBS, vendo as dificuldades do Hospital, vendo as dificuldades da instrutoria, eu sei valorizar certas coisas que antes, talvez, não valorizava, né? Por exemplo, eu acho que... sei lá, eu tô num, eu faço um ambulatório de referência, então muita gente vem referenciado das UBS's, antigamente, eu criticava muito "Mas como é que pode acontecer isso? Como é que pode acontecer aquilo? Como é que permitiram essa situação?" Hoje, conhecendo um pouco mais também as UBS's e como é que conhece as UBS's? Não é indo lá, se conhece através dos alunos, isso é uma coisa que realmente modifica a situação! Mas a grosso modo, a minha concepção profissional de médico, tanto antes, quanto agora, basicamente é a mesma, tá? É o médico que tem que ter aquele tripé: a competência, da humanização e da coerência com o paciente... Porque veja, um médico já formado, um médico já atuante, a maioria dos professores nossos aqui na tutoria, eles já tem aquela visão da sua especialidade, ele já tem aquela visão do seu trabalho, da especialidade, eu acho que aí eu não sei! Não saberia dizer! (O, M)

Duas entrevistadas, contudo, afirmaram ter modificado sua prática médica depois que começaram a atuar no PBL:

Prefiro o PBL, aprendi muito com o PBL, e ainda estou aprendendo. O PBL mudou totalmente até minha prática no ambulatório. Como estudante eu nunca tive nem um professor que ressaltasse isso, no tradicional eu entrei na faculdade com o meu jeito de ser e continuei sendo o mesmo tipo de pessoa até o final, o ensino tradicional só me fez ganhar conteúdo teórico, mas para ser bem objetiva, não causou nenhuma transformação no meu jeito de ser, assim, não me despertou o cuidado, esta atenção que a gente tem que ter com o paciente, vê-lo como pessoa dentro de um contexto, não me sensibilizou para nada o ensino tradicional. Só comecei a ficar sensibilizada depois que eu já estava inserida na metodologia ativa, eu lembro que na época que eu era professora daqui da faculdade mesmo, que eu vinha com minha formação do tradicional, eu não ressaltava o valor destas relações, até respeitava muito meu paciente, dava atenção, fazia o retorno, todos os cuidados eu tinha, mas eu não chamava a atenção deles para isso, nem me preocupava em passar...e não colocava o paciente dentro da, do momento lá da avaliação, que a gente fica vendo a doença isso aqui é psoríase, tal, não sei o que. Eu não deixava ele participar da nossa dinâmica de ensino e agora ele já participa também e ajuda e contribui para a formação do médico, o próprio paciente(F, F)

O fato de eu tá com esses, com esse olhar na formação, eu também tô com esse olhar de... na profissão, no meu dia-a-dia. Assim, não sei se eu consigo te transmitir o quê que é realmente que ta mais... modificada. Essa ausculta, esse respeitar o outro, esse saber fazer e receber crítica, que a gente exercita muito na tutoria, né? A gente faz avaliação, então você faz crítica, mas você recebe crítica! Então, eu dô o direito do aluno me criticar! Eu fui criticada várias vezes! Então, esse aprendizado, a gente leva pra vida! Você me criticar agora, tudo bem... eu vou engolir aquele negócio, meditar, vou refletir, se possível eu vou ampliar essa discussão em outra... entendeu? Em outra situação que puder, porque, isso eu levei pra vida, é um aprendizado, entendeu?(C, F)

Assim como nesta nova metodologia há uma ênfase para que os alunos aprendam a se atualizar, estando sempre em busca do conhecimento, um dos entrevistados acha necessário que também os professores que trabalham com o método aprendam, tanto em sua prática como médicos como no ensino, a se atualizar constantemente:

Sim, o PBL mostra que o médico hoje tem que estar sempre se atualizando e atualizado. O que é difícil, porque as informações são muitas, então se ele num, essa a velocidade de informações é muito grande, ele tem que ter uma base de alguma coisa, e também não pode jogar fora o que ele tinha, e acho que isso é um lance legal. Todos os professores obrigatoriamente estão se atualizando, se não se atualizar ele.. não é estudar o problema, como eu vejo, ah, vou estudar o problema para saber, se atualizar no método pedagógico, conhecer um pouco de pedagogia, como é que é essa coisa de transmissão, e se atualizar cientificamente, conhecer alguma coisa de informática, não é ser expert, onde se procura, onde busca (P, M)

Um dos entrevistados ressalta que a metodologia PBL resgata no currículo médico a humanização, característica apontada como fundamental para a identidade do médico, sem prejudicar, contudo, o ensino do conhecimento biomédico:

Porque, se a gente fica no extremo só do conhecimento, deixa a parte do outro lado, da humanização de fora. Também se eu vejo só a humanização, sem ter o mínimo de conhecimento, é um outro extremo que eu não... não leva à grandes coisas. Então, acho que tem que ter um equilíbrio e a complementação, acho que esta parte da humanização, essa parte do ver, do sentido da saúde, que não é o tratar o doente, mas é a promoção, mas é a prevenção, eu acho que isso foi um acréscimo que

complementou uma visão mais teórica do passado. Complementou!(O, M)

Apesar disto, dois professores, acreditam ter havido um prejuízo no aprendizado de conteúdos com a adoção da nova metodologia:

Talvez o que esteja se sacrificando é um pouco conteúdos, e conteúdos será o método que eles serão avaliados no futuro, principalmente conteúdos, então eu não sei se a gente não pode buscar sacrificar menos conteúdos, que é o que eu digo, um método crítico, que tenha mais desenvolvimento conceito crítico sim, nós temos isto, se nós vamos falar de um método que estimule o aluno a buscar o conhecimento ativamente, sim, nós estamos fazendo, mas nós estamos perdendo algo que não deveríamos perder, que é uma parte do conteúdo teórico(A, M)

Eles vêm com profundidade poucas coisas e... lá fora, eles cobram, até um pouco raso, mas muita coisa! Então, os nossos alunos podem ser que sofram por causa disso, os nossos que eu falo é o da metodologia ativa, né?(B, M)

Para estes dois entrevistados, uma vez que foram observadas vantagens e desvantagens método, ao longo do período de implementação do PBL, uma boa solução seria hibridizar, juntar características positivas do método tradicional e do PBL:

Eu acho que o PBL é uma tentativa, é uma anti-tese que está sendo formada, em relação a tese que é o ensino tradicional e dela deve resultar uma síntese, uma síntese das duas melhores, que talvez não seja a melhor, na verdade a gente não sabe o que é o melhor, você tem certeza o que é o melhor? Nós buscamos uma saída, nós buscamos uma resposta para tentar crescer e melhorar aquilo que existe. Pode ser que daqui a 50 anos se diga que o PBL foi um grande erro, eu não acredito, eu acredito que o PBL foi uma grande iniciativa de otimizar, de melhorar, mas eu acho que o PBL não pode ser visto como um instrumento pronto, fechado, que não possa ser aprimorado e eu acho que a aprimoramento passa por uma hibridização com o método tradicional. (A, M)

Agora, por que, por quê que tem que ser desse jeito ou desse jeito? Por quê que não pode ter um, um jeito misto, né? Que você consiga aproveitar aquele que é o especialista, que tem um conhecimento mais aprofundado, que tem uma base, e deixar ainda assim esse aluno estudar! Não sei por quê que não se pode misturar...(B, M)

No estudo de Aguiar (2000), os tutores apontaram como aspectos positivos do método a possibilidade de terem contato com professores de outros departamentos e de terem uma relação mais próxima com os alunos, o que é visto como sendo algo que pode facilitar um melhor contato com os pacientes no futuro, bem como acreditam que os alunos têm maiores oportunidades para refletir sobre sua forma de lidar com eles. Assim, eles entendem que a formação que estão dando é melhor do que a que tiveram. Acrescente-se a isto a observação feita por eles de que poucos são os professores que participam e não estão engajados no curso. Além disso, os professores que participam o fazem não pelo ganho financeiro mas sim por uma satisfação pessoal ou motivação política.

Em nossa investigação, todos os participantes mostraram ter um conhecimento razoável sobre a metodologia PBL. Contudo, apesar de considerarem positiva sua adoção, os professores apresentaram grande divergência no que diz respeito à percepção de como seus preceitos e objetivos se realizam na prática, tanto por motivos relacionados com à instituição quanto por aqueles relacionados à metodologia em si. Por parte da instituição, por exemplo, a promessa de um ensino baseado na prática desde os primeiros períodos não é vista como algo que esteja sendo bem conduzida, assim como é criticada a falta de capacitação para que os tutores e demais professores possam começar a dialogar a partir destes novos campos de saber que foram por eles incorporados. Alguns professores acreditam que, se todos tivessem a mesma oportunidade de capacitação, poderiam se igualar. No que se refere à metodologia, alguns apontam incoerência entre seus princípios e a realidade, tanto em termos de saúde quanto de ensino.

É possível perceber uma diferença entre nossos entrevistados com relação à forma de adesão à nova proposta, embora, de um modo ou de outro, todos os entrevistados tenham aderido à mesma. Alguns afirmam ter mudado sua forma de ver a medicina a partir de sua participação nesse novo método, enquanto outros tecem críticas à mudança metodológica e à visão da medicina que está por trás dela, com base em sua visão da prática médica. Outros, ainda, tecem críticas com base em sua própria visão do ensino de medicina.

Os entrevistados que defendem com mais firmeza a nova metodologia, por se sentirem mais afinados com seus valores, mesmo que afirmem ter mudado sua prática como médicos a partir de sua implementação, parecem ter mudado menos pela metodologia em si do que por terem abraçado o ensino de uma forma mais atuante. Eles parecem inclusive ter aderido ao método a partir de uma rejeição ao método anterior, no qual foram formados e iniciaram sua prática. Assim, muitas vezes fazem uso de novas palavras e expressões, presentes em artigos e livros de teóricos que dão embasamento ao método com intimidade, sem parecer, contudo,

dar um sentido pleno aos novos conceitos, sentido que, acreditamos, só vem com o tempo, com a solidez do conhecimento e com a experiência acumulada.

No estudo de Aguiar (2000), aspectos como a falta de incentivo financeiro adequado aos tutores, até por terem que dedicar mais horas a esta nova função, e a falta de prestígio que sentiam em relação aos colegas que continuavam vinculados às disciplinas tradicionais e à pesquisa foram vistos como negativos, apesar de perceberem que, em certos fóruns, a tentativa de adequar-se às expectativas da sociedade era valorizada. Alguns tutores envolvidos neste estudo também afirmaram ter se aproximado desta metodologia por estarem interessados pelo “lado humano da medicina”, sendo sua participação no curso complementar ao que entendem ser uma boa prática médica (AGUIAR,2000, p. 84)

Os entrevistados de nossa pesquisa que fizeram críticas ao perfil de médico preconizado pelo método, apresentaram incertezas decorrentes da discrepância observada entre o mundo real das especialidades, do mercado de serviços e dos procedimentos médicos, e o que o novo método idealiza para a medicina. Além disso, percebem as dificuldades que os alunos têm para serem mais ativos na busca de conhecimento, algo que pode se referir ao fato de serem alunos brasileiros, marcados por um tipo de ensino diferente do que é oferecido em outros países. Embora estes entrevistados afirmem que sua prática como médicos esteja próxima dos valores que o método reafirma na profissão médica, relacionados especialmente ao humanismo, antecipam as dificuldades que os alunos terão que enfrentar em sua prática, já que eles próprios sentem estas dificuldades. Sua atitude é vista como pessimista mas, no dia-a-dia, é aceita pelo grupo.

Um aspecto também levantado no estudo de Aguiar(2000), diz respeito à diferença entre a tentativa de se valorizar no curso a humanização na relação médico-paciente e a desumanização do cuidado médico presente de modo geral, na saúde norte-americana. A autora entende que o curso de Harvard poderia apoiar de forma mais contundente um novo contrato social que deve ser construído entre a sociedade e a medicina (AGUIAR, 2000, p.190).

Os entrevistados de nosso estudo que colocam em dúvida a idéia de que a metodologia PBL é a melhor forma de se ensinar medicina, baseando-se em sua experiência na instituição ou no que já aprenderam em leituras ou em outras experiências, parecem perceber o ensino médico como algo que tem uma história que deve ser respeitada, e que tem a prática e o conhecimento biomédico como norteadores acima de qualquer mudança. A proposta de hibridização levantada por alguns entrevistados parte deste pressuposto, sem considerar os aspectos ideológicos por trás da metodologia e da mudança desejada, que envolve diferenças

conceituais e de princípios nas atividades e nomenclaturas que são instituídas. O papel de tutor, por exemplo, é concebido para ser algo diferente do papel do professor, diferença esta que diz respeito a uma postura mais igualitária entre professores e alunos e não apenas em um saber que deve ser transmitido. Isto nem sempre parece ser aceito por estes professores. No entanto, por aceitarem “outros aspectos” da proposta, buscam modificar o que não gostam como no caso do grupo de tutoria. Estas adaptações feitas por eles, são, de algum modo, aceitas, pois, mesmo que reveladas na entrevista em tom de segredo, já são do conhecimento de muitos, sendo abafadas e toleradas pelo grupo. O “tom de segredo” parece buscar a cumplicidade do ouvinte, como se o “aqui entre nós” indicasse que é consenso que o que está no papel nem sempre é igual ao que se faz na prática, em nome do que se considera mais acertado.

Os tutores do estudo de Aguiar (2000) sentem-se frustrados por perceberem algumas lacunas no aprendizado dos alunos, certa dificuldade para ensinar competências voltadas para um maior humanismo na relação médico-paciente, para achar pacientes que se relacionem aos casos que querem trabalhar, e pela necessidade de priorizar alguns assuntos em detrimento de outros, o que, muitas vezes, torna o aprendizado superficial. Entendem também que a diferença entre os tutores também pode ser prejudicial, quando há discordância sobre a conduta de um determinado estudante.

Longe de apresentar uniformidade, há uma convivência de diferentes discursos sobre o método PBL e a forma de nele atuar, como pode ser percebido nos discursos tanto dos participantes do nosso estudo quanto nos dos de Aguiar (2000). No entanto, como mencionamos em nossos capítulos teóricos, isto não é algo novo no ensino médico. E também, no ensino médico tradicional, por exemplo, cada disciplina tinha três ou quatro professores com um discurso mais ou menos unificado, mas os alunos, a cada período letivo, faziam cinco ou seis disciplinas, cada uma com um foco. Assim, a partir de determinado momento, os alunos tinham que buscar uma integração entre estes focos diversos, algo que era, em grande parte, feito por eles mesmos.

Hoje, como o currículo é unificado, parece haver uma maior necessidade de consenso, de padronização. O desejo de “afinar os discursos” dentro de cada período do curso na instituição pesquisada é tido como algo que poderia trazer coerência e segurança aos professores e aos alunos, sendo mais desejável ainda que isto ocorresse também entre os períodos. Na prática, muitas vezes isto é inviável devido às diferenças entre os professores, algumas das quais foram apontadas por nós anteriormente. A constante mudança em

questões como a da avaliação, por exemplo, mostram uma certa fragilidade nas convicções construídas sobre esta mudança metodológica .

Um outro aspecto que perpassa algumas falas é o de que a metodologia privilegia um auto-didatismo, o que denota um enfraquecimento da importância que o professor ou tutor assume no processo de aprendizagem, e que, apesar de ser visto como desejável pelo método, ora é visto pelos entrevistados como positivo, ora como negativo. Apesar disso, a possibilidade de uma maior proximidade com os alunos foi vista pelos entrevistados como fator de motivação para “uma busca ativa do conhecimento” por parte dos alunos, como se preconiza pelo método. Mas este fator motivacional é visto como insuficiente diante do que um professor ou um tutor bem capacitado e com boa vontade poderia fazer. Portanto, dois tipos de impasse são apresentados na vivência cotidiana dos entrevistados: um seria a necessidade de se vivenciar o papel de tutor de uma maneira mais preparada e adequada aos preceitos da nova metodologia, com uma carga horária compatível e com estímulo institucional para tal. O outro seria se e como a instituição vê a inserção no papel de tutores de alguns professores mais comprometidos com a transmissão de seu conhecimento e que não conseguem deixar de atuar no ensino a partir deste lugar. Parece que alguns professores não são flexíveis a ponto de se despirem de suas identidades e saberes, ou de “saírem de seu lugar de conforto”, ou seja, de sua antiga forma de ser médico e professor.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A profissão médica, especialmente com a entrada na Modernidade, passou a ter uma grande importância social, sendo atribuídos ao médico características e valores. Uma aura de mistério e poder passou a envolver os representantes do saber médico, saber este que se relaciona “nada mais, nada menos” à cura de enfermidades e a afastar a morte e prolongar a vida. Inicialmente, apesar de se valerem deste poder, os médicos ainda tinham técnicas muito baseadas em seus próprios sentidos e na relação que estabeleciam com o indivíduo, o que os aproximava mais do que afastava. Posteriormente, o Estado passou a se valer do poder médico, para transformar os habitantes das cidades em cidadãos, normatizando papéis e padrões de comportamento. Os médicos passaram a ser então, os legítimos representantes do “bem-cuidar” e da promoção do “bem-viver” dos indivíduos, afastando-se em seus saberes e suas técnicas. Como assinala Sennett (2001), é através do estabelecimento de uma assimetria profunda, marcante em algumas relações de trabalho, como a que se estabelece entre o cuidador e quem recebe o cuidado, que o poder do especialista é legitimado em seu saber e em sua prática, apoiando-se em dados menos subjetivos para estabelecer sua prescrição. Também de acordo com Pereira-Neto (1995, 2000), é com base nesta autoridade cognitiva que a medicina, enquanto profissão, ganha seu prestígio na modernidade.

Contudo, podemos entender, a partir dos estudos sobre a história da medicina no Brasil, e também a partir do que afirmaram nossos entrevistados, que, em nosso país, mesmo as técnicas incorporadas à prática médica tendo se tornado mais objetivas e frias, os valores vinculados a esta profissão continuaram a ser relacionados aos sentidos humanos julgados “apurados” do médico, como “a escuta” e a seus valores humanitários entendidos como “superiores”, apenas acrescentando-se a estes os ideais relacionados ao saber nos moldes das ciências biológicas. Modificaram-se, assim, as formas de atuação mas perpetuaram-se os ideais que fundamentavam características da sua identidade profissional, vinculados à busca da manutenção da vida, algo que se mantém. A “maior” motivação do médico, por exemplo, continua a ser o “curar”, de acordo com alguns dos entrevistados de nossa pesquisa. Hoje, apesar do reconhecimento da impossibilidade de curar sempre, outras motivações como “aliviar”, podem atenuar a frustração vivenciada nos momentos em que se evidenciam os limites da atuação médica, reforçando o humanismo ainda presente na identidade desse profissional. As semelhanças entre os médicos, voltados para estes valores e características, foram mais ressaltadas pelos entrevistados do que as diferenças que por ventura possam

existir entre eles, o que aponta para a manutenção destes traços na identidade profissional do médico.

Ao se referirem a uma ou duas gerações de médicos antes da sua, os entrevistados mencionam o respeito e a admiração que o indivíduo de jaleco branco outrora despertava na sociedade. Alguns deles, no entanto, admitem, com certo pesar, que o próprio médico se colocava em um pedestal para gozar deste tratamento diferenciado. Entendem também que a busca de ganho financeiro passou agora a motivar alguns profissionais, fazendo com que a aura de superioridade do médico começasse a se dissolver. Acrescenta-se a isto as transformações sociais que são, em parte, consequência da própria mercantilização das relações de prestação de serviços, cada vez mais próximas do modelo vendedor-cliente. Isto trouxe uma postura mais individualista do paciente em relação às questões da saúde e do corpo bem como uma postura mais desafiadora em relação às prescrições e condutas médicas. Apesar disto, para os entrevistados, os ideais humanísticos do médico persistem na maioria dos profissionais, agora juntamente com a valorização de seu conhecimento. Dois inclusive reafirmaram em sua prática atributos vinculados aos valores judaico-cristãos dos praticantes de medicina do século XV, de vida altruística e de caridade, que se comparam ao “sacerdócio”. Alguns contudo questionam se o excesso de dedicação e empenho que a profissão exige permanecem válidos nos dias de hoje diante desta falta de reconhecimento por parte dos pacientes. Portanto há uma convivência de profissionais que tem um discurso de que a prática do médico realmente se aproxima desta visão mais antiga, idealizada da profissão, e outros que tem uma visão mais pragmática e crítica em relação as mudanças na identidade do médico que são consequências de condições de trabalho desfavoráveis.

Podemos dizer que entendem em parte como positivas e, em parte, negativas essas transformações na profissão e na sociedade ocorridas nos últimos anos. Para alguns, a relação médico-paciente deveria resistir às transformações sociais, buscando perpetuar uma assimetria baseada no seu saber, algo que diferencia médico e paciente e legitima a intervenção médica. Já outros, ao menos no discurso sobre sua prática, defendem a busca de uma relação mais paritária entre os médicos e as pessoas de quem cuidam, em que podem expor suas limitações e fragilidades. O médico, então, deveria assumir uma posição de quem está disponível, acessível ao paciente e oferecer a ele o cuidado considerado adequado, “o melhor possível”. Esta visão, no entanto, parece frágil num mundo em que a ciência cada vez mais apresenta técnicas e tecnologias que visam tanto minimizar as limitações na área do cuidado, quanto invadir o corpo por qualquer motivo. Quando ao “cliente” é dada a possibilidade de escolha,

a “autonomia” para decidir o que melhor lhe convém, ele pode usar critérios diferentes do que a ciência médica recomendaria no que diz respeito a sua saúde e bem estar.

Como podemos perceber, respostas às questões éticas do cotidiano do médico hoje não são evidentes, não podem mais ser sempre atreladas a seus valores humanos ou a certezas científicas, mas, antes, traduzem diferentes formas de conduzir a prática. Além disto, outras questões se apresentam no momento atual, como é o caso de uma pluralidade de pressupostos e de valores sobre as identidades contemporâneas, que podem se chocar e se contradizer, como aponta Bauman(2001).

O mesmo pode dizer o mesmo sobre o ofício do professor de medicina, que vem atravessando uma série de mudanças. Como estudantes, nossos entrevistados viveram um momento em que o professor era um profissional valorizado socialmente, embora esta profissão não trouxesse grandes ganhos financeiros. Contudo, o fascínio que alguém que tem habilidade para transmitir seu conhecimento exerce sobre os indivíduos, no caso, os alunos, é algo de “mágico” e muitas vezes está envolvido nos ideais relacionados ao ofício de professor, qualquer que seja sua área. Este fascínio em relação a seu saber ou à maneira de expor o que sabe, servindo muitas vezes de modelo, é algo também presente historicamente na relação professor-aluno nos cursos de medicina. Alguns professores se referem ao gosto por ocupar este lugar, de “mestre”, de autoridade”, por exercer esta função. Eles passaram a questionar, contudo, a idéia de situar-se em um “pedestal”, entendendo que a assimetria existente entre professor e aluno não deve ser algo que crie uma barreira intransponível, tornando-os inacessíveis ao aluno. Para eles o professor, assim como o médico, também deve ter ideais humanísticos, querer dividir, trocar o seu saber. No entanto parecem entender que só depois de ter aprendido a caminhar por um caminho que lhe foi ensinado, transmitido por alguém que supostamente conhece o assunto, o aprendiz pode arvorar-se a dar passos mais longos e arriscados. Como na visão Freudiana de autoridade, mencionada por Sennett(2001), é preciso legitimar uma tradição para poder romper com ela. É isto que gostariam de tentar fazer como tutores na metodologia PBL.

A proposta da metodologia PBL traz uma transformação radical do ensino médico, entendendo como negativa a assimetria criada na medicina e no ensino tradicional entre médico e paciente e entre professor e aluno, apresentando outro modelo, que valoriza a *autonomia*, ou seja, uma posição mais ativa do “paciente” em relação a sua saúde e do estudante em relação ao professor e ao conhecimento que deseja possuir.

O gosto por ocupar o lugar de “mestre”, de “autoridade no assunto” nesta nova proposta é visto como equivocado, assim como também é considerado equivocado que um

aluno “brilhe” mais do que outro, devendo-se assim, na instituição investigada, avaliar os alunos, por exemplo, apenas com os conceitos Suficiente ou Insuficiente. Isto porque, para dissolver as assimetrias, é preciso não enfatizar as diferenças em termos de saber e de poder. Desta forma, o que é ser um bom médico e/ou bom aluno deve estar ligado a um perfil genérico do que seria desejável a todos, mesmo que depois da formação na graduação os alunos busquem especializações que se vinculam a saberes com tradições e práticas diversas. Como aponta Cruz (2004), interesses de grupos diferentes se refletem no ensino médico e não há consenso sobre todos os aspectos do que seria uma formação médica adequada, embora o discurso da legislação busque naturalizar um determinado caminho como correto.

Porém, embora o aluno e o paciente tenham saberes e possam buscar conhecimentos de diversas formas, quem sabe de medicina há mais tempo são os médicos e os professores de medicina. Em conhecimentos ou práticas médicas, eles basearam, até então, a construção de uma trajetória profissional, com acertos e erros, similitudes e contradições, quer isto se refira a um mesmo indivíduo ou a diferentes profissionais. Se existem efeitos negativos advindos de determinadas práticas e saberes, eles não se apresentam da mesma forma em todas as vivências, não devendo ser generalizados como se “tudo fosse ruim” e se uma nova medicina pudesse partir do zero. Parece algo natural, no entanto, no mundo atual, pedir que os professores de medicina sejam flexíveis em suas posturas e assumam os riscos da construção de algo totalmente novo e desconhecido para eles.

A partir discursos dos nossos entrevistados sobre a mudança metodológica na instituição investigada percebemos que, na tentativa de que os professores aprendam novos saberes, muitas vezes, parece a eles ser necessário que se “dispam” inteiramente de sua identidade de médico e de sua antiga prática como professores. Alguns entrevistados, no entanto, afirmam entender que, nesta mudança, embora haja algo a ser acrescentado, ou revalorizado no ensino médico, não se pode desvalorizar o conhecimento biomédico que o sustenta e tampouco desconstruí-lo inteiramente. Outros, no entanto, valorizam o fato de que, antes de qualquer conteúdo, é necessário que o aluno “aprenda a aprender” para continuar ativo na busca de suas “certezas”. Desta forma, acreditam estar combatendo uma outra medicina que cada vez mais padroniza seus procedimentos, com “protocolos” de conduta médica diante de determinados sinais, bem como se preocupando cada vez mais com o lucro através do uso destes novos procedimentos. O saber médico apesar de ser mutante e fugaz, deve ser, ao mesmo tempo prático e voltado para ações que promovam a saúde dos indivíduos.

As instituições de ensino médico que implementaram mudanças metodológicas devem avaliar se as consequências das desconstruções efetuadas alcançam realmente o que se almeja. É interessante observar que as mudanças, assim como em alguns tratamentos medicamentosos, podem desencadear efeitos adversos, indesejados e até prejudiciais. De qualquer modo, alguns efeitos observados podem servir de norte para uma reflexão sobre os sentidos últimos do que se deseja alcançar, podendo ser de grande contribuição para as próprias instituições e também para avaliar os rumos da medicina e do ensino, de maneira geral.

Aguiar (2000) afirma que muitos obstáculos vivenciados pelos tutores das novas metodologias parecem ser comuns. A autora acredita ser importante que os tutores sejam re-treinados por um ou dois anos, pois o novo tipo de conhecimento necessário para conduzir esta tarefa sem voltar a dar soluções para os problemas que se apresentam retornando à pedagogia tradicional. Isto é, contudo, algo que demanda tempo. Acreditamos que, mais do que aprender a conduzir sua prática de forma diferente, as discussões cotidianas sobre a metodologia pelos tutores e demais profissionais envolvidos, devem incluir um estudo ampliado de seus pressupostos, de forma que isto permita aos professores avaliar seus saberes, valores e comportamentos, bem como avaliar se os novos pressupostos condizem de fato com o que consideram uma boa prática médica. Desta forma, tanto eles podem se modificar como podem também modificar a metodologia, fazendo uso de reflexões sobre sua vivência no ensino, algo que é fundamental que seja realmente levado em conta.

Apesar das semelhanças entre algumas dificuldades e pontos positivos levantados por estudos no Brasil e em outros países, mudanças metodológicas como o PBL, ao ser adaptadas à realidade brasileira correm o risco de se tornarem mais um movimento de repetição de idéias estrangeiras tidas como inovadoras. No panorama histórico construído para este estudo, ressaltamos vários momentos em que a influência dos modelos estrangeiros foi marcante na constituição do saber e da identidade do médico no Brasil. Chamou nossa atenção, em especial, a semelhança entre as transformações atuais e aquelas que motivaram a introdução no Brasil do modelo de ensino Flexneriano, hoje questionado, que, do mesmo modo, teve grande influência de padrões estrangeiros propagados para a saúde e seu ensino. Artigos que tratam de experiências de mudança no ensino médico, desenvolvidas em outros países, apontam que também, muitas vezes, não são consenso em seu local de origem. Assim, algumas mudanças implementadas no Brasil esbarram em dificuldades semelhantes às aquelas enfrentadas em contextos de ensino semelhantes, ainda que, apresentem também dificuldades próprias da nossa realidade. Tais dificuldades apontam para algo que não devia ter sido

modificado em nosso ensino médico, algo que não é válido ou não funciona para nós do mesmo modo que acontece em realidades distintas. Também devem ser avaliadas se as formas como as mudanças são efetuadas “na prática” devido a dificuldades de nossa realidade sócio-econômica, como é o caso dos custos decorrentes do aumento de carga horária dos professores, podem impedir que se faça de fato o que está no “papel”.

Este trabalho, especialmente os discursos resultantes das entrevistas realizadas com médicos professores, nos levou a refletir sobre pontos bastante importantes da vivência profissional atual desses entrevistados, como médicos e professores que estão passando por uma grande mudança na instituição de ensino em que atuam, mudança esta que, como vimos, põe em questão o que é “ser médico” e o que é “ser professor de medicina”, nos dias atuais. Acreditamos que foi possível dar voz a estes profissionais, que apontam pontos positivos e negativos por eles percebidos na mudança que está sendo empreendida no ensino médico atual no Brasil. Pudemos perceber que, especialmente, alguns valores pontuados por eles como característicos da identidade do médico fazem parte da própria história da profissão no Brasil, inclusive o convívio de conflitos e discordâncias de idéias a cerca de práticas médicas e de ensino da medicina. Entendemos que tais conflitos que configuram os diversos perfis médicos que convivem atualmente no Brasil, e que as novas diretrizes procuram dissolver com o novo perfil médico por elas preconizado, são importantes e sua eliminação é não só impossível a despeito das propostas de mudança implementadas como, a nosso ver, indesejável tendo em vista que as diferenças são fundamentais para a evolução de qualquer conhecimento e atividade profissional.

Para finalizar, entendemos que a valorização do “conhecimento prático”, da “disponibilidade para a flexibilização” e para o aprendizado constante no ensino médico envolve inúmeros ganhos, ainda que também grandes riscos. Para o aluno, futuro médico, que deve ser autônomo e buscar ativamente o conhecimento, há o risco de que o que consiga aprender seja excessivamente simples e de que, sendo cada vez menos um aprendiz protegido, sinta-se excessivamente inseguro quando deveria mostrar agilidade mesmo diante do novo. Para o professor, que precisa flexibilizar posturas e pontos de vista, abrir-se para novas experiências, há o risco de que banalize os valores e conhecimentos que caracterizam a profissão médica. É preciso que os profissionais estejam abertos à mudança para não se tornarem “rígidos” em suas condutas e seu conhecimento, mas também não devem se “desfazer de tudo o que sabem” a ponto de terem que abandonar aspectos importantes de suas trajetórias profissionais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, Geovani G. **A Saúde no Brasil: entre o Estado e o Mercado**. Campinas, 2003.

Tese de Doutorado.

AGUIAR, Adriana C . Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**.

Fev.2001, 161-165.

_____. **Consequenses for faculty of changes in medical education: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship**. Boston, 2000. Tese de Doutorado.

ALMEIDA, Cecília. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out-dez 1997, 13(4), 659-676.

ALMEIDA, HGG, FERREIRA Filho OF, COLUS, MS, Linhares REC, TAKAHASHI, OC, AGUIAR, AC. Elaborando a capacitação de tutores: subsídios para a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2003;27(3):191-99.

BAUMAN, Z. **Globalização**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. **Identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRAINARD, Adrew H. & BRISLEN , Heather C. Learning Professionalism: A View from the Trenches. **Academic Medicine**, vol 82 nº11 Nov. 2007, 1010-1014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 01/11/2001. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Brasília: Câmara de Educação Superior, 2001.

BUARQUE, de Holanda, Sérgio. **Raízes do Brasil**. São Paulo, Companhia das Letras, 1999.

BULCÃO, Lúcia Grando. **Profissão e formação médicas: Sobre professores e seus valores**. RJ, 2000. Dissertação de Mestrado.

BULCÃO, Lúcia Grando; SAYD, Jane Dutra. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003, v.13(1), p.11-38.

BULCÃO, Lúcia Grando , EL-KAREH, Almir Chaiban e SAYD, Jane Dutra. **Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, abr.-jun. 2007, v.14, n.2, 469-487.

CASTELLS, Manuel. **A Era da Informação - Economia, Sociedade e Cultura- O Poder da Identidade**. São Paulo, Paz e Terra, 2002.

CHISTIANSON, Charles E. e cols. From Tradicional to Patient-Centered Learning: Curriculum Change as an Intervention for Changing Institutional Culture and Promoting Professionalism in Undergraduate Medical Education. **Academic Medicine**, vol 82 n°11 Nov. 2007, 1079-1088.

COSTA JUNIOR, Victor Horácio de Souza. **O Desafio da Formação Pedagógica de Professores na Aprendizagem Baseada em Problemas do Curso de Medicina da PUCPR**. Curitiba, 2005. Dissertação de Mestrado.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

CRUZ, Kathleen Tereza. **A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico**. Campinas, 2004. Tese de Doutorado

DEMO, Pedro. **Conhecimento Moderno. Sobre ética e intervenção do conhecimento**. Petrópolis, Rj, Vozes, 2001.

FELLICIELLO, Domenico. **Os Projetos Pedagógicos das Escolas de Medicina no Brasil Império: Uma Contribuição para Avaliação do Ensino Superior no País**. Campinas, 2002. Tese de Doutorado.

FEUERWERKER, Laura. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica- Processos e Resultados**. São Paulo, Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, Laura. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, 2003, vol. 10, n.3, 21-26.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRANCO, Nancy Mustrange. **Um Olhar Pedagógico sobre a educação médica**. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação de Mestrado.

FREIDSON, E. The Reorganization of the Medical Profession. **Medical Care Review**, 1985, V42, p.11-35.

FREIRE, Gilberto. **Sobrados e Mucambos: Introdução à História da Sociedade Patriarcal no Brasil**. (Prefácios, Introduções, Cap 1). Rio de Janeiro, Record, 1996 (9ª ed.)

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12,n.26, jul./set. 2008, 579-88.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro, Zahar, 2002.

HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, 1993, v.6, n.11, p.40-61.

JIPPES, M e MAJOOR, G. Influence of National Culture on the Adoption of Integrated Medical Curricula. **Advances in Health Sciences Education**, V(16)(1). PUBMED CENTRAL, mar., 2011.

KEMP, A. e EDLER, F. C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, set.-dez. 2004 vol. 11(3), 569-85.

LIMA, Rossano Cabral. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro, Relumê Dumará, 2005

LUZ, Madel. Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área de saúde. Em SOUZA, A.N. e PITANGUUY, J (Orgs.), **Saúde Corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed.UFRJ, 2006, 196-203.

_____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2000, 5(2):293-312

MARCONDES, Eduardo e LIMA, Ernesto (Coord). **Educação Médica**. São Paulo, Sarvier, 1998

Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 01/11/2001. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Brasília: Câmara de Educação Superior, 2001.

Ministério da Saúde / Ministério da Educação / Organização Panamericana da Saúde. **PROMED – Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina**. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação]

Ministério da Saúde / Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. PRÓ-SAÚDE**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde -Manguinhos**, nov. 1998-fev. 1999, V(3): 621-45.

NETO, André de F. Pereira. Identidades Profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil(1922). **Cadernos de Saúde Pública**, Abril/Jun 2000, V16(2), p. 399-409

_____. A profissão médica em questão(1922): Dimensão histórica e Sociológica. **Cadernos de Saúde Pública**, 11(4), Out/Dez 1995. p. 600-615.

NETO, I. P.A. Percepção dos Professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG Implantado em 2003. **Rev. Bras. de Educação Médica**.

2006,V. 30 (3) : 154 – 160

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência& Saúde Coletiva**, 2000, v5, p.251-264.

OLIVEIRA, Neilton Araujo de. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros**. Rio de Janeiro, 2007. Tese de Doutorado.

ORTIZ, Renato. **Mundialização e Cultura**. São Paulo. Brasiliense, 1988.

PONTES, Ana Lúcia e cols. **Saber e prática docente na transformação do ensino médico**. Revista Brasileira de Educação Médica. 2006,160 30 (2)

PERIM, Gianna Lepre, ABDALLA, Ively Guimarães, AGUIAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique, LAMPERT, Jadete Barbosa, STELLA, Regina , COSTA, Nilce Maria da Silva. Desenvolvimento Docente e a formação de médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2009, 33(1supl.1) p.70-82.

REGO, Sergio. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. **Interface (Botucatu)** [online]. 2003, vol.7, n.12, pp. 169-170.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. A Análise do discurso em Psicologia:Algumas questões, problemas e limites. Em L.de Souza; M.F.Q.de Freitas; M.M.P.Rodrigues (Orgs). **Psicologia:Reflexões(im)Pertinentes**. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1998.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A Universidade no século XXI- para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade**. São Paulo, Cortez,2004.

_____. Da Idéia de Universidade a Universidade de Idéias. Em **Pela Mão de Alice - O social e o político na pós-modernidade**. São Paulo, Cortez, 1999

_____. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro:Graal, 1989

_____. **Um discurso sobre as Ciências**. Porto, Ed.

Afrontamento, 1999

SAYD, Jane Dutra. Ser médico: uma perspectiva histórica . **Série Estudos em Saúde Coletiva**; n. 220 Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006.21p.

SCHARZ, Roberto. **Que Horas São?** São Paulo: Companhia das Letras, 1989

_____. **Ao Vencedor as Batatas.** São Paulo, Duas cidades, 1981.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao Social- Trajetória da Saúde Pública.** Ed. Senac SP, 2002.

SENNETT, Richard. **Autoridade.** Rio de Janeiro, Record, 2001

_____. **A Corrosão do Caráter. Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** Rio de Janeiro, Record, 2005.

SMOLKA, Maria Lúcia R. M.e cols. **Aprendizagem Baseada em Problemas:Antecedentes históricos e marcos conceituais**(no prelo).

SOBRINHO, José Dias. Educação superior, globalização e democratização. Qual universidade? **Revista Brasileira de Educação**,v.28, 2005 .

3- O que você acha do Método PBL? Por quê? Que aspectos positivos vê nele? Por quê? E negativos? Por quê? Se você tivesse escolha, continuaria utilizando esse método ou voltaria para o tipo de ensino tradicional? Por quê?

4-Em sua opinião, quais as características, habilidades que um professor/tutor(instrutor) deve ter no método PBL? Por quê? E no ensino tradicional? Que diferenças você vê entre os dois métodos e qual acha que contribui mais para formar um bom médico? Por quê? O que é mais gratificante/desagradável, fácil/difícil em seu dia a dia nas atividades de tutor(instrutor)? Por quê?

5-Como era sua relação com os estudantes quando ensinava usando o método tradicional? O que esperava de seus estudantes? Como é esta relação hoje, como professor/tutor(instrutor) que segue o PBL? O que mudou? Acha que as mudanças foram para melhor ou para pior?

6-O que espera hoje dos estudantes? E antes, o que esperava? O que mudou? Como , em sua opinião,os estudantes se relacionavam com os professores no método tradicional? E agora? Você vê alguma diferença na forma como os estudantes se relacionam com o currículo novo e o antigo?

3ª Parte: O ensino médico e as mudanças implantadas pelo uso do modelo PBL

1-Você acredita que o uso do Método PBL alterou, de alguma forma a sua maneira de exercer a medicina hoje? Como? Em que sentido e em que tipo de atividade? Você acha que essa mudança foi para melhor ou para pior? Por quê?

2-Em sua opinião as atuais políticas para o ensino médico contemplam as expectativas em relação ao profissional de medicina de hoje? Por quê sim/não? Em seu cotidiano, como você avalia as mudanças que tem sido implementadas no ensino médico?

3- É importante que o médico se reconheça e busque uma identidade profissional? Porque? A formação possibilita que seja construída?

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,

Rg nº.

Declaro meu consentimento livre e esclarecido a participação na pesquisa Mudanças no ensino médico e suas repercussões na identidade do professor de medicina. Estou ciente dos objetivos, justificativa, metodologia utilizada, do sigilo quanto à identidade dos participantes, de que tenho liberdade de participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade ou prejuízo algum, e de que os dados da pesquisa serão utilizados em publicações científicas.

Local,

de 2010
