



**UNIVALI**

ROQUE ANTONIO FORESTI

**MÉDICO: SER OU NÃO SER PROFESSOR?**  
Implicações para a conduta médica e a profissionalidade docente.

ITAJAÍ SC  
2012

UNIVALI  
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - PropPEC  
Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGE  
Curso de Mestrado Acadêmico em Educação

ROQUE ANTONIO FORESTI

**MÉDICO: SER OU NÃO SER PROFESSOR?**  
Implicações para a conduta médica e a profissionalidade docente.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação – área de concentração: **Educação** – Linha de Pesquisa de Políticas para a Educação Básica e Superior ao Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE, da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, sob a orientação da Professora Dra. Cássia Ferri.

ITAJAÍ SC  
2012

## FICHA CATALOGRÁFICA

F718a Foresti, Roque Antônio, 1963-  
Médico: ser ou não ser professor? Implicações  
para a conduta médica e a profissionalidade docente/Roque  
Antonio Foresti. - - 2012.

94 f .; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade  
do Vale do Itajaí , 2012  
Inclui bibliografias

1. Medicina - Estudo e ensino. 2. Ensino superior.  
3. Médicos - Conduta. I. Ferri, Cássia. II. Título.

CDD 23 - - 610.711

**UNIVALI**  
**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**  
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC  
Programa de Pós - Graduação em Educação - PPGE  
Curso de Mestrado Acadêmico

**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

ROQUE ANTONIO FORESTI

**MÉDICO: SER OU NÃO SER PROFESSOR?**  
Implicações para a conduta médica e a profissionalidade docente.

Dissertação avaliada e aprovada pela Comissão Examinadora e referendada pelo Colegiado do PPGE como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação.

Itajaí (SC), 29 de maio de 2012.

Membros da Comissão:

Orientadora:

\_\_\_\_\_  
Profa Dra. Cássia Ferri

Membro Externo:

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Geovana Mendonça Lunardi Mendes

Membro representante do colegiado:

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Regina Célia Linhares Hostins

## Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as crianças que encontrei ao longo de minha vida, que foram, e são, meus grandes mentores.

Aos alunos da graduação do curso de medicina da Univali, que me ensinaram a perceber a imensidão da minha ignorância, mas da mesma forma, de ter a alegria de todos os dias começar de novo e aprender sempre.

## Agradecimentos

Agradeço a Deus, inteligência suprema do universo, causa primária de todas as coisas;

Aos meus pais, que corajosamente permitiram minha vinda a este mundo;

À minha esposa Maria Alice, que pacientemente me ouviu;

Aos meus filhos, Marina e Caio, que me esperam;

À professora Dra. Cássia, que sábia e amorosamente, me orientou neste percurso;

À professora Dra. Regina, que abriu seus braços me inserindo nesta jornada;

À professora Dra. Geovana, que abdicou de seu tempo para estar conosco;

Aos meus colegas de trabalho que supriram minha ausência neste período;

Aos meus colegas docentes que gentilmente participaram deste trabalho.

## RESUMO

A atividade do professor está envolvida num processo de educar e de educar-se. A atividade do professor de medicina não é diferente, ainda que uma terceira pessoa – o paciente - esteja envolvida nesta dinâmica. O exercício da atividade médica associado a de ser professor de medicina, pode levar este profissional a assumir novas posturas no decorrer de sua atividade médica diária, em decorrência do desenvolvimento desta nova atividade. O objetivo deste estudo, desenvolvido na linha de pesquisa **Políticas para a Educação Básica e Superior**, é analisar as possíveis implicações da atividade docente de médicos no curso de medicina e as repercussões que esta atividade desempenhou para a conduta da sua prática médica diária. Utilizamos uma abordagem qualitativa, sendo a coleta dos dados realizada por meio de entrevistas abertas, audiogravadas e transcritas na íntegra com posterior avaliação pela técnica de análise de conteúdo. Os sujeitos são professores médicos do curso de medicina da Univali, com atividade médica por mais de dez anos antes de iniciar a atividade como professor, e que são docentes por mais de dez anos; atuam por 20 horas de trabalho semanais ou mais. Dos 151 professores do curso, após aplicar os critérios de exclusão, foram eleitos para a pesquisa 16 docentes, sendo entrevistados oito deles, quando atingimos os critérios de saturação. O principal motivo que os levou a ser professores foi a ocasião de trabalhar no local da abertura do curso de medicina. As principais implicações da atividade docente foram o desenvolvimento da pesquisa e a intensificação de seus estudos. Não houve registros da mudança da prática médica diária de forma significativa. Conclui-se que são frágeis as intersecções entre a prática docente e a prática médica diária.

**PALAVRAS CHAVE:** Educação; Ensino Superior; Docência; Conduta Médica

## ABSTRACT

The activity of the teacher involves a process of educating and also of self-education. The activity of the professor of medicine is no different, although a third person - the patient - is involved in this dynamic. Being a doctor and a professor of medicine may lead the professional to take up new positions during their day-to-day medical practice, arising from the development of this new activity. The aim of this study, developed through the research line **Policies for Basic and Higher Education**, is to analyze the possible implications of teaching activity in a medical school, and the impacts that this activity has had on their day-to-day medical practice. A qualitative approach was used for the data collection, with open interviews, audio recordings and transcription, and for subsequent evaluation of the data, using the technique of content analysis. The subjects are medical professors of the medical school of Univali, all of whom had more than ten years of medical practice before starting the teaching activity, and with more than ten years as faculty members working for twenty hours a week or more. After applying the exclusion criteria, 16 teachers, eight of whom were interviewed, were selected from a total of 151 teachers of the course, when the saturation criteria were reached. The main factor that led them to become teachers was the opportunity to work on the site of the opening of the medical school. The main implications of the teaching activity were the development of research, and the intensification of their studies. There were no significant reports of changes in day-to-day medical practice. It is concluded that there are few intersections between teaching practice and medical practice.

**KEYWORDS:** Education, Higher Education, Teaching, Medical Practice.



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	08
2	METODOLOGIA .....	19
2.1	Cenário .....	21
2.2	Sujeitos .....	24
2.3	Entrevistas .....	26
2.4	Análise das entrevistas .....	26
3	O PROFESSOR, O PROFESSOR DE MEDICINA E SUA ESCOLA .....	31
4	O MÉDICO EM DIREÇÃO À DOCÊNCIA .....	49
5	A DOCÊNCIA IMPLICANDO NA CONDUTA MÉDICA .....	61
5.1	Rigorosidade metódica e Pesquisa .....	65
5.2	Respeito aos saberes dos educandos .....	68
5.3	Segurança, competência profissional e generosidade .....	70
5.4	Ensinar exige reflexão crítica sobre a prática .....	72
5.5	Comprometimento .....	74
5.6	Compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo .....	76
5.7	Liberdade e autoridade .....	78
5.8	Saber escutar .....	79
5.9	Disponibilidades para o diálogo .....	81
5.10	Querer bem aos educandos .....	83
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	85
	REFERÊNCIAS .....	88
	ANEXO A .....	93
	ANEXO B .....	94

## 1 - INTRODUÇÃO

Em 1905, aos trinta anos de idade, Albert Schweitzer gozava de uma posição social invejável: trabalhava em uma das mais notáveis universidades europeias; tinha uma grande reputação como músico, era exímio organista e interpretava Bach como poucos, além do prestígio como pastor da Igreja Protestante Luterana. Mas sua apurada sensibilidade de artista e pensador não se contentava com esta estranha gentileza do destino de colocar ao seu alcance tantas oportunidades de êxito. Sentiu-se no dever de servir ao próximo. Assim, tocado pelas necessidades dos povos menos favorecidos, decidiu ser médico, e após formar-se em 1913, escolheu a África Equatorial – Lambarene – Gabão – lá atuando até sua morte aos 80 anos de idade (MOURA 1948). Em 1952, pelo exemplo de homem que se configurou, Albert recebeu o prêmio Nobel da Paz. Dentre todo seu legado, destacamos uma de suas célebres frases: “se você acha que o exemplo é uma forma de influenciar as pessoas, você está errado. Ela é a única”.

Pela beleza e amplitude que encerra este pensamento podemos aplicá-lo a qualquer pessoa ou a qualquer profissional. Mas especialmente aquelas profissões que estão mais diretamente envolvidas com o cuidado da vida humana e a formação de sua personalidade, nas quais se encaixam, entre outras, os médicos e os professores, protagonistas do presente estudo, que são convidados a dar o exemplo. A medicina e a docência médica têm se revelado amantes exigentíssimas, porque pedem estudo permanente e dedicação quase exclusiva, exigindo muito do desempenho pessoal, familiar e social daqueles envolvidos neste processo (JUNIOR, 2011).

A dedicação de nossas forças para uma determinada área, como a medicina ou a docência, exige muito de quem a isso se dispõe. É um processo difícil, porém, não impossível. Quando atingimos nosso intento, as repercussões são grandes. A física nos trás o exemplo da indução magnética, base de grande parte de nossa indústria, na qual uma corrente elétrica de alta voltagem é capaz de gerar um campo magnético, sem nenhum contato direto. Este campo magnético gera uma espécie de aura que pode atingir grandes dimensões, que são proporcionais a esta corrente. De forma semelhante, um educador pode produzir uma espécie de corrente que gera ao seu redor uma força transformadora. Primeiro esta força atua nele mesmo e depois naqueles com quem estabelece contatos. Neste caso, a capacidade de influenciar seu meio, será proporcional à sua habilidade de produzir esta corrente, que está

diretamente associada a capacidade de autoeducar-se, pois esta força é gerada exclusivamente dentro de si (ROHDEN, 2005).

A auto-educação, no sentido de educar-se, está inserida na construção da identidade de um professor que é algo dinâmico e contínuo, sendo seus saberes adquiridos em sua formação universitária, no convívio social e na prática diária de sua atividade. Como se refere Cunha (2005, p.41): “o professor constrói sua performance a partir de inúmeras referências. Entre elas sua história familiar, sua trajetória escolar e acadêmica, sua convivência com o ambiente de trabalho, sua inserção cultural no tempo e no espaço”. Complementando este pensamento Nóvoa (1995), diz que esta formação é um investimento pessoal, um trabalho livre e criativo sobre o percurso e os projetos do professor, com vistas à construção da sua identidade, que é também uma identidade profissional.

A construção de identidade do professor não difere muito da construção da identidade de um médico. O que podemos salientar, é que a formação médica acadêmica se encontra entre as mais longas do nível superior, que somados a já inseparável pós-graduação (residência médica), atinge os dez anos de estudos contínuos. Para quem iniciou sua graduação aos dezessete ou dezoito anos, começará suas atividades como profissional liberal próximo de seus trinta anos de idade (algumas residências têm de cinco a seis anos). Esta construção está entremeada de anseios e dúvidas, dores e esperança. Ramos-Cerqueira (2002), analisando a construção de identidade médica com alunos de medicina em seu quarto ano de formação, salienta a importância que tem a relação professor-aluno oferecido na sua graduação. Estas relações são componentes essenciais na formação da identidade dos futuros médicos. Sugere assim que educadores e formadores reflitam sobre suas próprias escolhas, suas práticas, seus erros e frustrações, com isso servindo de modelo para a construção de futuros bons profissionais.

Somado a tarefa de professor com a atividade médica, surge o professor de medicina, que juntamente com dezenas de outros profissionais, têm a missão de auxiliar na formação dos futuros profissionais médicos. Para o professor apenas o aluno. Para o médico apenas o paciente. Para o professor de medicina o aluno e o paciente. E esta responsabilidade pedagógica do professor do ensino médico aumenta relativamente com a existência destas duas vulnerabilidades confiadas ao seu desempenho: a vulnerabilidade própria dos doentes e a vulnerabilidade típica dos alunos. (JUNIOR, 2009). Desta interação tanto educativa para o aluno como da assistência para o paciente emerge grande parte da construção da identidade do professor de medicina.

Assim, este trabalho está inserido no contexto da formação de docentes de nível superior. Com algumas particularidades, trabalha a construção da identidade do professor do curso de medicina. Na visão de Cunha (2005, p.37) “já é tempo de os pesquisadores que se dedicam ao processo de investigação qualitativa reflitam sobre a sua própria experiência e a façam acompanhar das trajetórias de investigação”. Pesquisar a própria prática é uma ação realizada com intencionalidade e que de alguma forma revela a profissionalidade do docente, pois com isso irá rever a própria prática ao debruçar-se e refletir sobre ela. (PIMENTA, 2009). Que em outras palavras diríamos, documentarmos nossas experiências, fundadas em nossas práticas diárias, ora como professores, ora como médicos, e por fim, como médicos professores.

Da trajetória de nossa formação acadêmica, da atividade da prática médica diária e da experiência como professor do curso de medicina da Univali, pretendemos nos unir às crescentes pesquisas sobre a formação dos professores de nível superior. Estas investigações sobre a docência no ensino superior têm ocupando maior espaço dentro das publicações na área educacional, haja vista a expansão desta modalidade de ensino nos últimos anos e a natural necessidade de novos professores para suprir tal demanda.

Observando a expansão do ensino superior DIAS SOBRINHO (2009) chama atenção para a qualificação destas escolas e, principalmente, dos docentes que estarão à frente destas instituições. Espera-se que o ensino esteja centrado nos princípios de que a educação é um bem público fundamental, um direito social e disponível a todos, em todos os níveis e com qualidade. Uma educação de qualidade, que no mínimo, possibilite que todos aprendam, em tempos e modos adequados, tudo aquilo que necessitam conhecer para uma vida digna e socialmente construtiva. E sendo os docentes atores principais neste processo, espera-se que além da aquisição de conhecimentos, a docência universitária procure desenvolver as capacidades de reflexão, crítica, de interpretação dos significados das transformações e de aprendizagem ao longo da vida. Por isso, o professor tem o compromisso de ir muito além da mecânica de transmissão de conteúdo disciplinar.

A formação de professores com criticidade, tecnicamente bem preparados e com o intuito de auxiliar na construção de um país e, conseqüentemente, de um mundo melhor, envolvem propostas educacionais que valorizam a construção dos professores não mais baseada na racionalidade técnica, que os considera como meros executores de decisões alheias, mas numa perspectiva que reconhece sua capacidade de decidir. Com isso Pimenta (2009, p.49) alude que, o professor

ao confrontar suas ações cotidianas com as produções teóricas, impõe-se rever

suas práticas e as teorias que as informam, pesquisando a prática e produzindo novos conhecimentos para a teoria e a prática de ensinar. Assim, as transformações das práticas docentes só se efetivam a medida que o professor amplia sua consciência sobre a própria prática, a da sala de aula, a da universidade como um todo, o que pressupõe os conhecimentos teóricos e críticos sobre a realidade.

Esta consciência sobre a sua prática, quando assume a docência, poderá desencadear em seu ambiente social e, especialmente, nele mesmo, mudanças expressivas ao longo de suas atividades. Cunha (1989, p.35) ao fazer uma análise sobre o professor universitário considerado como “bom professor” para seus alunos pode observar, entre outras considerações, que

foi importante perceber o valor que os professores dão à prática docente enquanto a sua grande inspiração para a mudança e ao saber que constroem a partir daí. Nela localizam a possibilidade de aprenderem com colegas de trabalho, com alunos e de, refletindo sobre a própria docência, reformularem sua forma de pensar e de agir. Há a confirmação de que a prática é um elemento importante na sua aprendizagem e que a experiência que o indivíduo vive é insubstituível no seu significado educativo. O fazer e o refletir sobre este fazer têm sido, no dizer dos professores, um mecanismo fundamental para delinear o seu desempenho docente.

Das mudanças que a prática reflexiva em mim despertaram, desde acadêmico do curso de medicina, depois com a formação em pediatria e atividade como médico e, finalmente como docente, surgem as reflexões atuais sobre a atividade como professor, juntamente com outros colegas do curso de medicina, e as implicações que a atividade do professor de medicina puderam desempenhar sobre atividade da prática médica diária.

Como minha proposta de pesquisa diz respeito, pelo menos em parte, à construção da identidade do professor, permito-me relatar parte da história de onde ela surgiu.

Iniciei a graduação de nível superior com alguns anos a mais que o habitual de meus colegas, colando grau de médico aos 33 anos de idade. Ainda que com alguns anos a mais, o caminho para medicina esteve alicerçado em sonhos, que passavam pelo ideal hipocrático (de auxiliar aos enfermos, manter imaculada a vida e a arte médica, o compromisso com os colegas e com a sociedade), mas que se entremeava com o sucesso financeiro e status social que esta profissão pode conferir em nosso meio.

No quarto ano da faculdade, um pouco mais maduro e consciente daquilo que seria a atividade diária do médico, tive a primeira inquietação quanto à repercussão que a atividade da medicina exerceria em minha vida pessoal e social.

Ao observar um edital de contratação para a função de médico, lia que entre outras habilidades o médico deveria: realizar consulta e atendimento médico, anamnese, exame físico, propedêutica instrumental, atendimentos de urgência e emergência; interpretar dados de exame clínico e exames complementares e diagnosticar estado de saúde dos pacientes; discutir diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção com os pacientes, responsáveis e familiares; praticar intervenções clínicas e cirúrgicas; prescrever e controlar drogas, medicamentos, hemoderivados, imunopreveníveis, fitoterápicos e cuidados especiais; implementar ações para promoção da saúde, elaborar e avaliar prontuários, emitir receitas e realizar procedimentos operacionais padrão; efetuar perícias, auditorias e sindicâncias médicas; participar de equipes interdisciplinares e multiprofissionais, realizando atividades em conjunto, tais como: visitas médicas, discussão de casos, reuniões administrativas, visitas domiciliares; participar, conforme a política interna da instituição a que estiver vinculado, de projetos, cursos, eventos, comissões, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão; trabalhar segundo normas técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental.

Sabendo que o exercício da medicina ainda poderia se alongar além das atividades acima citadas, fiquei a imaginar quantas mudanças deveriam ocorrer na minha forma de viver para que viesse a ser este profissional com tantas atribuições e habilidades. Mas considerando a possibilidade de que isso realmente ocorresse, então poderia auxiliar a comunidade na qual viria desenvolver minhas práticas médica. Com isso ideologicamente fui me convencendo que o exercício da medicina operaria mais modificações em minha vida pessoal do que a minha atividade como médico seria capaz de operar numa determinada população.

Com esta inquietação caminhei para a conclusão de minha graduação, que se deu em agosto 1996, e no início do ano seguinte, iniciei a residência médica em pediatria. Concluída minha formação como pediatra geral, iniciei meus trabalhos no consultório particular, associado à atividade de médico plantonista em uma maternidade, em que ocorrem, em média, 250 nascimentos ao mês. Desenvolvi estas atividades até o ano de 2003, quando então a primeira turma de medicina da Univali faria o estágio na neonatologia. Por esta ocasião fui então convidado para exercer a docência no curso de medicina da Univali, no departamento de pediatria, especificamente na área em que atuava, a neonatologia.

O pensamento inicial foi aquele do domínio comum: o professor irá ensinar os alunos. Certamente que isso ocorreu. Mas a mesma inquietação, que tive quando acadêmico do curso de medicina, de quem pratica ou sofre a ação, retornou novamente em minha análise: o

professor é aquele que ensina ou aquele que aprende? Em ambos, como afirma Freire (1996, p.12): “não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

Ao longo dos anos da atividade docente percebi que minha função de professor de medicina desencadeou mudanças do meu comportamento como pessoa, como médico e também como professor, porque a forma de exercer a docência foi se modificando ao longo dos anos que a fui exercendo, já que nunca houvera sido professor em outra época. Envolvido com este processo de “ensinar”, necessitava agora de estudo contínuo e dedicação a atividade médica, como talvez em anos anteriores não houvera praticado, “fui aprendendo”. Esta movimentação pessoal tinha como foco principal os alunos de medicina, bem como a assistência médica aos pacientes que se encontravam nos cenários em que se desenvolviam as atividades do estágio. O objetivo final era contribuir para a saúde do paciente e auxiliar os alunos a cumprirem sua atividade acadêmica e progredirem em sua carreira universitária. Mas, conjuntamente a este processo, a figura do médico também se modificava.

Quando ocorreu a graduação da primeira turma de medicina da Univali, com ares de satisfação, pude concluir que minha atividade docente esteve envolvida na formação daqueles novos profissionais da saúde. Juntamente com mais de 150 docentes e dezenas de outras pessoas, auxiliamos a modificar a vida daqueles acadêmicos que ora estavam graduados como médicos. Outras turmas se formaram, novos médicos graduados, mas a minha atividade docente, a atividade como médico e como pessoa, já não eram mais as mesmas.

Os anos se passaram rápidos e agora com mais de dez turmas formadas, podemos compartilhar da visão que Novoa (1995) nos traz sobre a identidade profissional, na qual a formação do professor deve estimular uma perspectiva crítico-reflexiva. Porque uma parte importante da pessoa é o professor e urge encontrar espaços para interação entre as dimensões pessoais e profissionais e dar-lhe um sentido no quadro das suas histórias de vida. Minha parte de professor estava implicando diretamente na minha parte médico.

Assim um educador, como outros profissionais, vão construindo suas histórias, modificando suas trajetórias e ressignificando seus conceitos como diz Moran (2007):

se espera de um educador, que ao longo dos anos, ele aprenda a ser um profissional equilibrado, experiente, evoluído; que construa sua identidade pacientemente, integrando o intelectual, o emocional, o ético, o pedagógico. Por

isso pode ser testemunha viva da aprendizagem contínua. Testemunho impresso nos seus gestos e personalidade de que evolui, aprende, se humaniza, se torna uma pessoa mais aberta, acolhedora, compreensiva. Testemunha viva, também, das dificuldades de aprender, das dificuldades em mudar, das contradições no cotidiano; de aprender a compreender-se e a compreender!

Estas considerações idealizadas para o professor, e também para outros profissionais, seriam essencialmente o auge de todo processo da construção de um ser humano pleno e feliz.

No entanto, o ensino superior na saúde de modo geral, e o ensino médico em particular, têm sido nas últimas décadas, alvos de profundas críticas. FILHO (2005) ao analisar os docentes de uma universidade do Rio Grande do Sul, pode constatar que em cem por cento dos sujeitos analisados, estes não haviam pensado em serem professores, sendo a docência mais obra do acaso do que a vontade de exercê-la. Como causa, ou consequência disso, documentou, entre outros achados, a presença do “mal-estar docente” quando se refere a sua projeção profissional, a expectativa de eficácia e estratégias para resolução de problemas.

COSTA (2007), analisando as prováveis causas deste comportamento da docência médica associa esta atitude à desvalorização das atividades de ensino em detrimento da supremacia da pesquisa. Os professores de Medicina tendem a encarar com ceticismo ou descaso os aspectos pedagógicos da docência universitária. Outros aspectos salientados pela autora são a desvalorização da formação docente do professor de medicina, a falta de profissionalização e a resistência docente a mudanças, pois estas mudanças ocasionam certa sensação de insegurança, o chamado “mal-estar docente”, visto que os professores já se encontram adaptados a um trabalho bem definido. E por fim, o individualismo da ação docente, pois professores do ensino superior são dominados pela “síndrome de ensinar à minha maneira”, um dos fatores que os leva a adotar estilos pedagógicos que têm tanto de pessoal como de empírico.

Baseadas no que diz o V Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2005-2010, do Ministério da Educação e Cultura, PIMENTA (2010)

[...] o sistema educacional é fator estratégico no processo de desenvolvimento sócio-econômico e cultural da sociedade brasileira. Ele representa uma referência institucional indispensável à formação de recursos humanos altamente qualificados e ao fortalecimento do potencial científico-tecnológico nacional. Cabe à pós-graduação a tarefa de produzir os profissionais aptos a atuar nos diferentes setores da sociedade e capazes de contribuir, a partir da



formação recebida, para o processo de modernização do país. (BRASIL, 2004, p. 8)

Analisando disciplinas pedagógicas oferecidas nos programas de pós-graduação *stricto sensu* em Medicina, consultados nos Cadernos de Indicadores da Capes, 2006, não foram encontradas disciplinas pedagógicas em 50 programas e, nos 122 restantes, 56,56% indicam apenas uma disciplina no currículo, evidenciando de alguma forma o pouco interesse que estes programas dão a docência.

Mas a proposta que ora elaboramos pretende voltar o olhar para as modificações que a atividade docente pode suscitar na prática médica deste profissional o “médico professor”. Partindo do pressuposto que o exercício da docência pode em primeiro lugar provocar alterações no próprio educador e depois quiçá nos seus educandos, a proposta seria encontrar profissionais que tivessem exercido sua atividade médica e de professor de medicina, que somados, teriam a duração mínima de vinte anos. Os primeiros dez anos ou mais sem vínculo com a atividade docente. Um segundo momento, que o profissional tivesse exercido a docência com duração não menor de 10 anos, além de manter sua atividade médica. Desta forma o sujeito desta pesquisa deveria ter desempenhado a atividade médica e a docente. Dez anos ou mais somente de atividade médica e outro período de dez anos ou mais como médico e professor da faculdade de medicina.

Este cenário foi encontrado na faculdade de medicina da Univali, que conta hoje com um pouco mais de quatorze anos. O seu corpo docente é composto basicamente de médicos que tinham sua atividade nesta cidade e, na quase totalidade, não tinham experiência com a docência. Documentamos hoje que aproximadamente trinta por cento dos professores que iniciaram suas atividades em 1998 se mantêm no corpo docente, além de continuarem com a sua atividade profissional médica. Desta forma, estes professores preenchem os critérios para inclusão de nossa análise. Trabalharam dez anos ou mais somente como médicos e agora já atuam por mais de dez anos também como professores da faculdade de medicina, além de manterem suas atividades como médicos de suas especialidades.

O que pretendemos efetivamente documentar são as implicações que estes dez anos ou mais de atividade docente foram capazes de influenciar, ou não, na sua vida profissional de médico, ou seja, se desenvolver a prática docente no curso de medicina teve alguma implicação para a sua prática médica diária. Como sugere JUNIOR (2009), no plano técnico, além das responsabilidades pedagógicas gerais de todo professor, acrescenta-se as exigências peculiares da formação do futuro médico, que obrigam o professor de medicina a uma

moralidade peculiar, mais rigorosa e mais exigente que a de um médico que não exerça atividade docente. Principalmente, em defesa de sua autoridade técnica e científica, o professor deve ser mais rigoroso consigo mesmo do que com seus alunos ou com os funcionários subordinados a si.

Desta forma é esperado que a atividade do professor tenha implicado em mudanças, como enfatiza Freire (1996 p.59): “não é possível exercer a atividade do magistério como se nada ocorresse conosco. Como impossível seria sairmos na chuva expostos totalmente a ela, sem defesas, e não nos molhar”.

A atividade docente pode suscitar inúmeras mudanças naqueles profissionais que a exercem. Mas os elementos que elegemos como importantes para as práticas docentes, nesta análise, são aqueles descritos por Paulo Freire (1996) em seu livro *Pedagogia da Autonomia*.

Estes saberes docentes se justificam, porque uma vez atingido seu entendimento e a sua prática, estaríamos diante de uma atividade educativa que julgamos como ideal dentro do contexto educacional, independente do nível de educação – fundamental, médio ou superior - a que estamos nos referindo.

Assim esperamos contribuir com esta análise, com os olhos voltados para a educação do professor, seja ele médico, pedagogo, psicólogo, advogado, engenheiro ou outra profissão, mas que na sua atividade como docente tem a possibilidade e elementos de mudanças para seu crescimento individual. Ensinar, certamente que sim. Mas não perder esta maravilhosa oportunidade de aprender, de se educar, como sugere Rohden (2005, p.17)

o verdadeiro educador deve ser um homem altamente “realizado”; deve ter realizado em si os seus mais profundos valores humanos; só assim poderá servir de guia e mentor a outros, não tanto pelo que diz ou faz, mas sobretudo pelo que é. Deve ser plenamente educado, para que possa educar.

O professor médico educado então será aquele que, completamente envolvido com a docência, aplicará a ele mesmo seus preceitos de harmonia, compreensão e humanização, isso o levará a contribuir, primeiro para a sua saúde e seu crescimento individual, e num segundo momento, para a construção de um novo profissional e também para a saúde de sua comunidade.

Como veremos, o contexto social é um fator que nos auxilia, e às vezes até determina, nosso comportamento. Os grandes pensadores de nossa história sofreram a influência do

convívio social, de suas explorações, de suas injustiças. Mas não foram vencidos por aquele pensamento. Ao contrário, foi o seu pensamento que fez a história mudar. Não raro passamos décadas estudando e tentando incorporar o pensamento que um determinado gênio de nossa civilização cunhou.

Apenas para citar alguns exemplos, como a era cristã, na qual se configura o próprio Jesus Cristo, dividiu o pensamento da humanidade em antes e depois do seu nascimento, e que se mantém até os dias de hoje. Ainda nos referindo ao pensamento religioso, Martinho Lutero em meados de 1520 foi capaz de enfrentar uns dos maiores poderes, se não o maior deles, da sua época, se opondo ao pensamento da então Igreja Católica, mudando para sempre aquela instituição com o surgimento do Luteranismo.

Na Índia, um pequeno homem, em sua estatura, mas com a grandeza da alma de como poucos que habitaram este planeta, Mohandas Karamchand Gandhi se levanta contra todo o Império Britânico, e sem disparar um tiro ou uma bomba sequer, proclama a independência daquele país com a força da Não Violência.

Nos Estados Unidos da América, no qual foram cometidos milhares de assassinatos por simplesmente um ser humano ser negro, surge a voz de Martin Luther King reivindicando direitos iguais para negros e brancos. Hoje, a discriminação racial é considerada um crime naquele país.

No Brasil, talvez de forma não tão dramática, mas não menos revolucionária, a visão de Paulo Freire, um dos maiores pensadores brasileiros e um dos expoentes da educação que mais se projetaram no mundo, defende a pedagogia da autonomia. Uma educação que liberta, que conclama a assumirmos nossas atitudes e que devemos nos emancipar. A relação é com o outro, mas a grande revolução acontece dentro de cada um de nós.

Assim, entendemos que projetos, planos de governos, planos educativos, modelos pedagógicos, todos têm sua importância no contexto educacional. Mas acreditamos que a grande diferença para a e na educação, pode ocorrer na intimidade de cada um, especialmente, dentro de nosso contexto, na intimidade de cada professor.

Então este trabalho aborda na essência a profissão do professor universitário, que como veremos, não há uma formação específica para estes profissionais. Num dado momento ele assume a docência, mas, como regra, se mantém em seu trabalho de origem. O médico se mantém médico e assume dar aulas no curso de medicina. Se fosse um engenheiro, manteria

sua atividade como engenheiro e assumiria a atividade de professor da engenharia e assim ocorrendo com outras profissões.

Com isso, este trabalho busca identificar se a atividade de ser professor do curso de medicina, exercida por mais de dez anos, foi capaz de implicar mudanças na prática médica diária, dos sujeitos desta análise, e se foram, em que aspectos.

Para isso descreveremos inicialmente o caminho metodológico que escolhemos para elaborar este trabalho, com a seleção dos sujeitos, o cenário em que a pesquisa se desenvolveu, a realização das entrevistas e suas análises. E de forma sucinta procuramos justificar porque elegemos Paulo Freire como referencial teórico para fundamentar nossas argumentações.

Logo a seguir, localizamos a figura do professor de uma forma geral, depois do professor de medicina em particular e ainda das escolas médicas, que são elementos centrais deste trabalho, uma vez a construção do professor de medicina estabelece relação direta com estes sujeitos, bem como com este cenário.

Finalmente vamos encontrar a figura do médico, que após sua formação e especialização, caminhou para a docência médica e que se caracteriza como o protagonista deste estudo, esperando identificar nele as implicações que a atividade docente desencadeou em sua conduta médica.

Nas considerações finais explicitamos os achados deste estudo e deixamos nossas sugestões para a realização de futuros trabalhos que venham se unir a este, documentando as repercussões que a atividade docente no ensino superior pode implicar na atividade daquele profissional que assumiu a docência.

## 2 - METODOLOGIA

Para atingirmos com sucesso nosso objetivo, é de fundamental importância que a metodologia seja apropriada ao objeto de investigação. E um bom método é aquele que permite uma construção correta dos dados e nos ajude a refletir sobre a dinâmica de nossa teoria. A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO, 1995).

Esta pesquisa está vinculada ao Grupo de Pesquisa de Políticas Públicas de Currículo e Avaliação do Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Neste grupo, grande parte das pesquisas é desenvolvida por meio da abordagem qualitativa que valoriza a proximidade entre sujeito e objeto e o que decorre de suas ações.

Nesta forma de análise, segundo SANTOS FILHO (2001), o propósito fundamental é a compreensão, explanação e especificação do fenômeno. O pesquisador precisa tentar compreender o significado que os outros dão às suas próprias situações. Tarefa esta realizada segundo uma compreensão interpretativa da primeira ordem de interpretação das pessoas, expressa em sua linguagem, gostos etc. Trata-se de um processo de compreensão, em geral, com dois níveis. Primeiro é o da compreensão direta ou apreensão imediata da ação humana sem qualquer inferência consciente sobre a atividade. No segundo nível, que é mais profundo, o pesquisador procura compreender a natureza da atividade em termos de significado que o indivíduo dá a sua ação. Aqui o pesquisador exercerá sua habilidade de estabelecer estas conexões.

Estes níveis de compreensão da ação humana sobre a sua atividade e o significado que cada sujeito dá a ela se aplicam à visão da estudiosa francesa Agnes Van Zanem (2004), que faz uma análise sobre os tipos de pesquisas, em especial a pesquisa qualitativa, que na sua visão todo pesquisador aplica, de certa maneira, métodos de investigação para interpretar seu mundo e de seus pares. O que distingue o trabalho na investigação qualitativa é que é mais rigoroso, é um trabalho no qual se aplica técnicas que permitirão o aprofundamento e a análise dos sujeitos da pesquisa e isto é de grande valor na investigação de estudos na educação porque nos ajuda muito a enriquecer e aprofundar nossas abordagens. Mas dificilmente poderemos esgotar um assunto na abordagem qualitativa, como em outros

também, porque os atores podem contribuir com pontos de vista complementares. Por mais profundo que um trabalho possa ser, pode haver aportes dos sujeitos e dos pesquisadores para outra compreensão do tema analisado.

E dentro das possibilidades de análise que a pesquisa qualitativa nos facultava, este estudo pode ser enquadrado como um estudo de caso. De acordo com MERRIAN (apud BOGDAN & BIKLEN, 1994, p.89) “O estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico”. Como veremos os sujeitos foram progressivamente sendo selecionados pelas características que possuíam e se encaixando nos aspectos que preenchem os critérios a que estávamos interessados em investigar. Como afirma o mesmo autor, o estudo de caso se assemelha a um funil, que num primeiro momento abrange uma grande área de dados e que progressivamente vai selecionando o contexto e ou os indivíduos, e nestes que foram selecionados se efetua o estudo de caso.

Utilizou-se como instrumento a entrevista aberta, pois nesta abordagem o objetivo é proporcionar vivência da realidade por meio da discussão e tentativa de solução de um problema encontrado na vida real. Procura responder questões do tipo "como" e "por que" certos fenômenos ocorrem quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de um contexto da vida real. (GODOY, 1995).

Para examinarmos os dados coletados das entrevistas utilizamos a técnica de análise de conteúdo, no que se define como um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam em “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. Um fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o cálculo de frequência que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. (BARDIN, 1977).

## 2.1 - Cenário da Pesquisa

Assim como em vários outros aspectos deste país, que tem dimensões continentais, o ensino superior no Brasil é algo relativamente recente, mais ainda, em se tratando do estado de Santa Catarina. Apenas para documentar estes fatos, registramos algumas datas expressivas sobre o surgimento do ensino superior do mundo moderno até chegarmos à criação da faculdade de medicina da Univali.

Embora que para muitos de nós latinos possa parecer estranho, mas foi no norte da África, na cidade de Fez, no Marrocos, no ano de 859 d.C., que surgiu a primeira universidade do mundo moderno, cujo nome é Al-Karueein. Ainda no norte da África, na cidade do Cairo, no Egito, aproximadamente em 988 d.C., foi fundada a segunda mais antiga Universidade do mundo: Al-Azhar. Portanto, se é correto asseverar que foi na África que se originaram os primeiros grupos de humanos ascendentes do *Homo sapiens*, igualmente correto é atribuir a gênese dos primeiros espaços universitários a este imenso continente. (ANDRIOLA, 2011).

A despeito de que seja chamada de A Idade das Sombras ou das Trevas, na Idade Média, seguindo o continente africano, ocorreu a criação de muitas universidades, como a de Bolonha em 1088, na Itália, a primeira da Europa; depois Paris em 1090, na França, seguido da Universidade de Oxford, no Reino Unido, em 1096. Eram centros que buscavam a universalidade do saber. Elas se constituíram na primeira organização liberal da Idade Média. A burguesia pela primeira vez poderia usufruir das vantagens dos estudos, antes apenas um privilégio do clero e da nobreza. Os métodos de ensino eram as lições, as repetições e as disputas. (GADOTTI, 1999).

No Novo Mundo, as primeiras universidades foram fundadas logo após a chegada dos primeiros colonizadores espanhóis. Por exemplo, a Universidade Autônoma de Santo Domingo, na atual República Dominicana (América Central), foi fundada em 1538 (séc. XVI), constituindo-se na primeira universidade americana. Nos EUA, fundada por Benjamin Franklin, surge a Faculdade da Pensilvânia em 1740. Já no Brasil, as primeiras Instituições de Ensino Superior (IES) somente vieram a surgir com a vinda da Família Real Portuguesa, no ano de 1808, em fuga dos exércitos napoleônico. (ANDRIOLA, 2011).

Em Santa Catarina o ensino superior iniciou com a criação da Faculdade de Direito, em 11 de fevereiro de 1932 em Florianópolis. Organizada inicialmente como instituto livre,

foi oficializada por Decreto Estadual em 1935. Na Faculdade de Direito germinou e nasceu a idéia da criação de uma Universidade que reunisse todas as Faculdades existentes na Capital do Estado. Assim em 18 de dezembro de 1960, foi criada a Universidade Federal de Santa Catarina, reunindo as Faculdades de Direito, Medicina, Farmácia, Odontologia, Filosofia, Ciências Econômicas, Serviço Social e Escola de Engenharia Industrial, sendo oficialmente instalada em 12 de março de 1962. (UFSC, 2010).

É somente em 1964 que tem início o ensino superior em Itajaí, sendo o dia 16 de setembro deste ano que data do registro do primeiro documento oficial da Sociedade Itajaiense de Ensino Superior, que previa o funcionamento de duas faculdades: a Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, e a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. E em fevereiro de 1989, nasce a Universidade do Vale do Itajaí, através da Portaria Ministerial 51/89, e em 21 de março é instalada oficialmente. Na condição de Universidade, a Univali passa a ter autonomia para a abertura de novos cursos – um dos fatores que a impulsionaram a se transformar na maior instituição não pública de ensino superior do estado de Santa Catarina.

Quando nos reportamos às faculdades de medicina, a UNIVALI foi a terceira faculdade do estado de Santa Catarina, sendo precedida pelas faculdades da UFSC e da FURB de Blumenau.

Assim, esta pesquisa foi desenvolvida na Universidade do Vale do Itajaí - Univali, Campus Itajaí - que está localizada no município litorâneo de Itajaí, SC, distante 94 km da capital Florianópolis, com uma população de 183.373 habitantes pelo censo de 2010 (IBGE, 2010). A Univali é uma entidade civil sem fins lucrativos, com o maior número de alunos formando anualmente no ensino superior de Santa Catarina. A sua faculdade de medicina teve sua autorização pela Resolução nº 001/ CUn / 98, de 27 de janeiro de 1998, com sua implantação em 23 de março de 1998 e seu reconhecimento sob o parecer nº290/2003 e a Resolução 123/2003 - Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina, realizando seu primeiro vestibular, para o ingresso de sua primeira turma de medicina, em 1998, ocasião em que ingressava apenas uma turma por ano e que perdurou até o ano de 2000, quando então, o ingresso de novas turmas, passaram a ser semestrais, o que ocorre até os dias atuais, formando em dezembro de 2011 a sua décima quarta turma (UNIVALI, 2012)



A medicina veio unir-se a outros cursos da área de saúde que precederam à abertura do curso de medicina da Univali, como Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

O curso de medicina é desenvolvido em 12 semestres letivos, divididos em 8 semestres básicos e pré-clínicos e 4 semestres de Internato Médico, totalizando 8.250 horas/aula em regime de tempo integral. As disciplinas estão distribuídas em três grandes ciclos: Estudo do Homem Sadio, Estudo dos Mecanismos de Agressão e Defesa do Organismo Humano e o Estudo do Homem Doente. (UNIVALI, 2012)

O ciclo inicial (básico - 2 anos) contempla disciplinas com conteúdos básicos específicos, necessários ao conhecimento do homem normal. No segundo ciclo (pré-clínico - 2 anos) são abordadas as características morfo-biológicas dos agentes causais e os mecanismos fisiopatológicos e imunopatológicos responsáveis pela agressão e defesa do organismo e pela instalação dos sinais e sintomas, além de disciplinas necessárias para a compreensão da clínica geral e da medicina familiar e comunitária. O próximo ciclo é o Internato Médico (estágio curricular obrigatório desenvolvido em 2 anos e composto por 5 estágios: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Medicina Familiar e Comunitária, com média de 40 horas atividades/semana, totalizando 4.500 horas), acrescidos os plantões. (UNIVALI, 2012)

## 2.2 - Sujeitos da pesquisa

O curso de medicina da Univali contava, no segundo semestre de 2010, com 151 professores, sendo que 126 (84%) deles eram médicos e os demais professores se distribuíam em outras áreas da saúde. Destes 126 médicos 13 eram doutores (10%), 34 eram mestres (27%), 76 eram especialistas (61%) e três professores tinham apenas a graduação em medicina (2%). Do total de professores médicos, quarenta e seis profissionais se mantêm em atividade desde o início do curso, porém apenas 18 deles exercem a docência por mais de 20 horas semanais, considerando como referência o mês de setembro de 2010. No entanto, dois destes professores não foram incluídos na pesquisa, porque um é o próprio pesquisador e o outro está diretamente envolvido com o processo de elaboração da pesquisa e do tema em análise. Assim, os professores que preenchem os critérios para esta análise são em número de dezesseis.

Desta forma, os sujeitos desta pesquisa são professores, exclusivamente médicos, que tiveram sua atividade docente iniciada desde a implantação do curso de medicina da Univali em 1998 e que se mantiveram na docência até 2010, além de desenvolverem suas atividades como médicos em suas especialidades habituais. Denominamos especialista o curso de pós-graduação em residência médica com no mínimo dois de estudo em uma determinada área, como por exemplo, pediatria, cardiologia, nefrologia entre outras. A exclusividade de serem apenas os médicos se dá pelo fato, de que o objetivo desde estudo é analisar as mudanças que ocorrem nestes profissionais e não em outros, como odontólogos, farmacêuticos, entre outros, que também compõem o corpo docente do curso de medicina e que somam vinte e cinco profissionais e representam 16% do corpo docente da faculdade de medicina.

Optamos pelos profissionais que estão desde o início da criação do curso de medicina, e tivessem pelo menos 10 anos de atividade médica que antecederam o início da atividade acadêmica, pois os dois períodos são de fundamental importância para o presente estudo: um período de atividade exclusivamente como médico, e agora outro, de atividade como médico e professor. Foram incluídos neste estudo, apenas os docentes que tinham 20 horas ou mais dedicadas à docência, por entender que número menor de vinte horas de atividade docente, tornaria menos provável a identificação deste profissional com a atividade acadêmica.

Identificados os 16 nomes dos sujeitos que preenchiam as características para o presente estudo era necessário estabelecer uma ordem para o início das entrevistas, ou seja, dentre os dezesseis nomes, qual seria o primeiro a ser entrevistado. Isto se aplica porque

talvez nem todos os sujeitos que preenchem os critérios para uma determinada pesquisa, necessariamente serão ouvidos, já que o número de entrevistas se guiará pelo critério de saturação.

A avaliação da saturação teórica, a partir de uma amostra, é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados (FONTANELA, 2008). A característica de saturação foi observada ao final da sexta entrevista, mas como critério de segurança foi realizado mais duas entrevistas, que se mantiveram no mesmo contexto das seis primeiras análises.

Para determinar a primeira entrevista e as subsequentes, foi realizado um sorteio ao acaso dos dezesseis nomes. Uma vez identificado o professor, realizamos contato pessoal e ou telefônico, agendando previamente a entrevista. Todos os sujeitos sorteados, sequencialmente, se dispuseram prontamente a responder as perguntas da pesquisa. Quando indagados pelo local em que gostariam de realizar a entrevista, todos optaram por efetuá-la no local de trabalho, sendo o hospital ou seu consultório particular. As entrevistas duraram, em média, 10 minutos, sendo todas gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Após as transcrições, os nomes dos sujeitos foram substituídos por números, na mesma ordem consecutiva do sorteio. Assim o primeiro entrevistado passou a ser identificado com “primeiro professor”, e nas análises serão identificados como P1, o segundo entrevistado como “segundo professor” ou P2, e assim sucessivamente, visando manter o sigilo da pesquisa e a identidade de cada sujeito.

### **2.3 - As entrevistas**

Como mencionado anteriormente, as entrevistas se deram em sua totalidade no ambiente de trabalho de cada entrevistado, alguns em seu consultório particular e outros no hospital, mas sem exceção, não houve prejuízo na realização da pesquisa, uma vez que cada entrevistado reservou este espaço para tal atividade. Nenhum dos participantes tinha conhecimento prévio das perguntas da pesquisa, sendo apenas informada momentos antes da sua realização, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido conforme anexos A e B. Tal procedimento visou não despertar maiores raciocínios sobre os questionamentos, mas tão somente, responder espontaneamente sobre a percepção de como se tornou e como se sente enquanto professor. Como alerta Duarte (2002), (apud Velho 1986), o risco de interferências existe sempre que um pesquisador lida com indivíduos próximos, às vezes conhecidos, com os quais compartilha preocupações, valores, gostos, concepções. Assim, estabelecer um distanciamento necessário para que o discurso do pesquisador nunca se confunda com o de seus interlocutores.

### **2.4 - Análises das entrevistas.**

De posse das entrevistas gravadas, estas foram transcritas na íntegra. As entrevistas foram analisadas sem uma prévia categorização. Apenas identificamos o conteúdo nas narrativas dos professores, as possíveis implicações a que se referiam serem atribuídas à atividade de docente, nos últimos dez anos de exercício da atividade de professor no curso de medicina.

As possíveis mudanças a serem expressas pelos professores, pela prática docente de mais de dez anos, é algo que poderia ter uma grande variação. Desde pouca ou nenhuma, até mudanças expressivas. Não solicitamos que dissessem que mudou neste ou naquele aspecto. Apenas que verbalizassem se ocorreu alguma mudança, e se ocorreu, então sim, em que aspecto que o sujeito da pesquisa poderia identificar esta mudança.

A partir de nossos objetivos e com as narrativas dos sujeitos transcritas, fomos localizá-las na literatura que dá subsídios, naquilo que a educação arrola como saberes docentes necessários à boa prática educativa.

Localizamos o pensamento de Paulo Freire\* como sendo este educador, que além de escrever sobre os saberes docentes, os vivenciou profundamente em sua prática pedagógica. Ao longo de sua atividade docente foi percebendo que o verdadeiro professor é aquele que primeiro se transforma para depois influenciar seus educandos. E neste diálogo contínuo, o professor ensina e aprende junto com o aluno, porque quando este aprende ensina também o professor. Assim, ambos percebem sua incompletude de ser humano e caminham juntos na sua construção.

Contrário ao pensamento da educação vigente, Paulo Freire (1987) no início dos anos setenta, publica um dos seus livros mais conhecidos internacionalmente – *Pedagogia do Oprimido*, tendo como um dos aspectos centrais a crítica à educação que ele chamou de “bancária”.

Definia educação bancária como aquela em que o professor deposita o conteúdo no aluno, que é receptivo e dócil, o quão mais dócil for tão melhor será o aluno. Quem sabe é o professor e só ele pode doar sua sabedoria aos ignorantes alunos. Aluno não pensa, apenas escuta. Por isso criticou fortemente este tipo de educação (que infelizmente ainda podemos ver nos dias atuais), que também dizia ser uma educação narrativa, nem sempre associada com a realidade dos que a ouviam, por isso uma narrativa estéril.

Na educação “bancária” o educador não se comunica, ele faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. [...] O que se oferece aos alunos é apenas a possibilidade de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los (FREIRE, 1987, p. 33).

Já vivemos a época em que o conteúdo de informações era algo de difícil acesso e disponível para muito poucos. Mas a nossa produção científica alcançou números sem precedentes na história da humanidade. Brunner, (2003), (apud DIAS SOBRINHO, 2009 P.81) diz que:

o conhecimento (de base disciplinar, publicado e registrado internacionalmente) havia demorado 1.750 anos para duplicar-se pela primeira vez, contando a partir da era cristã, para depois dobrar seu volume, sucessivamente, em 150 anos, 50 anos e agora a cada cinco anos, estimando-se que até o ano de 2020 se duplicará a cada 73 dias.

\* Com alegria destacamos, que a Presidenta da República, Exma. Sra. Dilma Rousseff sancionou a Lei número 12.612, do dia 13 de abril de 2012 declarando o educador Paulo Freire como o Patrono da Educação Brasileira (BRASIL, 2012), o que demonstra a importância que este pensador teve para a educação brasileira e mundial.

Ainda que Freire tenha publicado seus argumentos criticando a educação “bancária” na década de setenta, podemos notificar que jamais seremos capazes de absorver toda esta produção científica ora produzida, corroborando com seu pensamento, que não é “enchendo” os alunos de conteúdo que seremos bons professores, e menos ainda, estaremos formando bons alunos.

Freire (1987) defendia uma educação crítica e que chamou de problematizadora. Neste sentido o aluno não é um mero “vaso” que precisa ser “enchido”. É um ser cognoscente, ou seja, que possui a capacidade de conhecer e interagir. Nesta relação dialógica, o objeto cognoscível não é em si um fim, mas sim, o meio para que ambos, o professor e o aluno, os dois inacabados, se mediatizam para sua construção mutua. A educação problematizadora, portanto, não existe sem o diálogo, sem a crítica.

Com estes pressupostos é que Freire (1987) diz “que ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.

O pensamento de Paulo Freire pede uma educação com base na interação do ser humano, no seu diálogo, na sua relação com o mundo. Uma visão de mundo, como diz Moacir Gadotti, seu contemporâneo e admirador, alicerçada na pesquisa, na criticidade, no risco, na humildade, no bom senso, na tolerância, na alegria, na curiosidade, na esperança, na competência, na generosidade e na disponibilidade... molhadas pela esperança.

Nesta linha de pensamento é que nasce o livro *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (FREIRE, 1996), no qual o autor traz os elementos que julga indispensáveis ao bom exercício da atividade de professor. Esta obra é dividida em três capítulos, cada um deles tendo nove subdivisões. Assim surgem os vinte e sete saberes a que Freire se refere como necessários à prática educativa. Optamos por onze deles que julgamos mais pertinentes ao estudo que ora elaboramos, ainda que os demais se revistam dos mesmos valores, mas que não são, necessariamente, direcionados para esta análise.

Destacamos aqui, sucintamente, aqueles onze saberes que elegemos como principais, e que julgamos também estabelecerem direta relação também com a prática médica. Por ocasião da discussão dos achados deste estudo, aprofundaremos suas análises. O breve comentário que se segue a cada saber em destaque, é uma pequena justificativa para sua seleção, ainda que a próprio saber docente por si só se justifica. A ordem de análise não guarda qualquer relação com a importância que atribuímos a cada saber. Obedecemos apenas a ordem de aparecimento que o próprio livro as dispõe.

*Rigorosidade metódica e Pesquisa.* Considerando a medicina com uma arte milenar, ainda que passou por muitas fases de empiria e curandeirismos, desde Hipócrates, a medicina se notabilizou pela busca da melhora da saúde do ser humano buscando a metodologia científica expressa nas pesquisas e busca do conhecimento. Ainda que para a Educação este seja um campo mais recente, ambas necessitam estar unidas para uma prática efetiva na docência e na busca de novos conhecimentos.

*Respeito aos saberes dos educandos.* Saber valorizar o conhecimento dos alunos é abrir espaço para o próprio crescimento. No caso do médico, tarefa primordial é escutar as dores e angústias dos pacientes. Quanto mais souber ouvir, mais poderá auxiliar. No caso do professor de medicina, ouvir primeiro o paciente e depois o aluno, ambos ricos de saberes.

*Segurança, competência profissional e generosidade.* Todas as profissões se revestem de suas particularidades. O professor precisa saber de um determinado tema quase 100% para, quem sabe, transmitir 10%. Na relação médico/paciente ter segurança e competência no que faz, isto é, saber muito, pode tirar uma pessoa da eminência da morte para a vida. Saber fazê-lo com amor e generosidade é coroar estas qualidades. Ao professor de medicina ainda exige-se a habilidade de transmitir isso tudo ao aluno.

*Reflexão crítica sobre a prática.* Quem não sabe o que está fazendo, nunca saberá para onde está caminhando. Nas relações de médicos e professores os encontros com alunos e pacientes são únicos e muito ricos. Saber aproveitar o conhecimento produzido e refletir criticamente sobre estas relações é abrir as portas para o próprio crescimento.

*Comprometimento.* Não é possível amar sem se comprometer. Muito difícil realizar adequadamente uma tarefa sem amar o que estamos fazendo. Como ser professor na sua essência, ou médico em toda sua amplitude, sem se envolver com estes atos?

*Compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo.* Somos únicos e, portanto, peça fundamental no equilíbrio deste planeta. Nossa atividade pode fazer a diferença pelo que dizemos pelo que ensinamos, mas especialmente, pelo que somos em nossa essência. O professor e o médico influenciam muito mais pelo que são do que pelo que dizem. Ser é influenciar o mundo.

*Liberdade e autoridade.* Nossa liberdade é proporcional a nossa responsabilidade. Saber identificar e respeitar uma autoridade é uma responsabilidade, que não deixa de nos tornar mais livres. As autoridades do professor e do médico se expressam na suas posturas. Exigir dos alunos, ou dos pacientes, uma atitude qualquer, implica em primeiro aplicar a si próprio os mesmos preceitos.

*Saber escutar.* Já dizia o provérbio: sábio é aquele que sabe escutar. Saber ouvir encerra uma das melhores qualidades que se pode atribuir a um professor, mas especialmente, neste caso, a um médico e professor. Saber ouvir é, de alguma forma, se colocar no lugar daquele que narra sua angústia, sua dor, sua dificuldade. É ser empático. De posse dessa informação, aplicamos aos outros aquilo que faríamos a nós mesmos.

*Disponibilidade para o diálogo.* A nossa relação social é eminentemente dialógica. Não podemos viver isoladamente ou sem respeitar a opinião do outro. O médico é um consultor (que dá consultas), não um impositor ou inquisidor. A habilidade e disposição para o diálogo são peças fundamentais quando se pensa em respeitar a opinião do outro.

*Querer bem aos educandos.* Começando por querer bem a si mesmo. Quando nos queremos bem, é fácil querer bem ao próximo. O professor se revigora no contato com seus alunos, pois trazem toda sua jovialidade e entusiasmo. O médico que quer bem ao seu paciente, por isso só já o ajudou. Seu bem querer ao paciente pode ser o início de sua cura. O professor de medicina abraça ambos: o paciente e o aluno.

De posse destes saberes, com as entrevistas transcritas na sua integralidade, procuramos identificar nas narrativas dos professores, se estes saberes que elegemos como importantes para a prática docente do professor de medicina, já estavam presentes, mesmo antes do início de sua atividade docente, se surgiram por causa da docência ou se não foram verbalizados pelos sujeitos.

Mas antes de nós analisarmos estes aspectos, veremos um pouco da construção do professor de ensino superior de uma forma geral, quem é o professor de medicina e quais as relações que estão implicadas na formação destes profissionais.



### **3 - O PROFESSOR, O PROFESSOR DE MEDICINA E A SUA ESCOLA.**

Este estudo, como já vimos, está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação, com ênfase na Linha de Pesquisa de Políticas para a Educação Básica e Superior. Natural que falemos do professor. Mas como se trata da análise da união de duas profissões, a do médico e a do professor, surgirá uma terceira que é o professor de medicina, protagonista final da análise deste estudo.

De forma sucinta vamos procurar identificar estes três profissionais que num momento se configuram como entidades completamente distintas: o professor, que na maioria das vezes não é médico; o médico, que na maioria das vezes não é professor; o professor de medicina, que algumas vezes não é médico, ou é, mas não atua mais como tal. E em outro momento as três se configuram numa só, quando um indivíduo exerce simultaneamente as três características: é médico, é professor e é professor de medicina. Com algumas particularidades estaremos falando mais deste último profissional.

A figura do professor se confunde com a própria história da humanidade. Não há alusão a uma relação social sem que a figura de quem ensina e de quem aprende não esteja presente. A denominação de o que é, quem é e qual é a função social de um professor, apresentam várias nuances e mudanças ao longo das civilizações.

De forma que sempre houve e sempre haverá referência a esta figura social do professor atuando em todas as áreas do conhecimento humano. Porém trabalhos que procuram compreender e entender esta profissão, especificamente nos profissionais de ensino superior, são relativamente poucos e recentes, especialmente se comparado com a produção científica em outras áreas e de uma forma geral, que no último século e atualmente, tiveram um crescimento sem precedentes na história da humanidade.

Assim, nos parece natural que em algum momento de nossas vidas, nos perguntamos: como nos tornamos professores? Como nos tornamos médicos? Como nos tornamos psicólogos? Enfim, como nos tornamos o que somos hoje. Pergunta fácil de fazer, mas muito difícil de prontamente responder.

Mas e o que significa ser professor e especialmente, o que é ser professor universitário? Na visão de Pimenta (2009) é o desenvolvimento profissional docente envolvendo a formação inicial e continuada, articuladas a um processo de valorização identitária e profissional dos professores. Identidade que é epistemológica, ou seja, que reconhece a docência com um campo de conhecimento específico. E a identidade que é profissional, ou seja, a docência constitui um campo específico de intervenção profissional na

prática social.

E se escolhemos ser professores, foi baseado numa outra escolha que precedeu a esta. Então, o que determina a escolha se sempre nos pautamos numa escolha anterior para determinar esta? Não passa por aí a história de cada um de nós? (FONTANA, 2005).

Nossas indagações nos remetem as nossas deficiências, e nossas deficiências revelam nossa incompletude. Se por um lado nos parece ruim sermos incompletos por outro nos alegra, cabendo-nos caminhar para a completude, já que nunca a atingiremos, pois que este seria nosso fim, ou seja, nada mais a fazer pois estamos completos.

A evidência de uma falha ou uma necessidade em nós, de alguma forma nos instiga a procurar saná-la. Assim a nossa profissão pode estar associada mais as nossas deficiências do que propriamente nossas habilidades. Ainda que nossas habilidades muitas vezes nos facultem ver com maior clareza nossas deficiências.

Esta visão de deficiência e incompletude é bem documentada na visão de Bueno (2007) estudando a educação na China Antiga. Para eles só por meio da educação é que o homem irá se tornar alguém *insatisfeito* com o que sabe; e só quando tem de ensinar a outrem é que a gente dá-se conta da incômoda *insuficiência* dos próprios conhecimentos. Insatisfeita com o que sabe a pessoa então percebe que é seu o mal, e dando-se conta da incômoda insuficiência de seus conhecimentos sentir-se-á impelida a aprimorar-se. Por isso se diz que os processos de ensinar e aprender estimulam-se um ao outro. “*ensinar é a metade de aprender*”.

Na tentativa de entrelaçar os fios que tecem a construção de um professor, entre suas habilidades e suas deficiências, Fontana (2005) vai buscar elementos nas narrativas de suas colegas professoras para tentar explicar como alguém se torna professor.

Dentro das possibilidades arroladas pela autora, uma delas seria o “dom”, algo que trazemos dentro de nós. Mas na presença ou não deste ou daquele “dom”, nossas escolhas não são forjadas apenas dentro de nós, já que somos seres eminentemente sociais. Assim nosso ambiente determina uma série de atividades práticas, mobiliza funções psicológicas, implica modos de relações, valores e prioridades que se ordenam de modos distintos nas diferentes esferas da vida social. (FONTANA, 2005)

Nem sempre bem estabelecido, e muitas vezes velado, a relação de poder que se estabelece no encontro professor/aluno, pode ter caráter determinante na sua escolha pela profissão docente. Ser professor implica poder e autoridade. (FONTANA, 2005)

Em muitos casos, a docência também pode surgir como uma possibilidade, não necessariamente de uma profissão, mas como forma de equacionar uma circunstância social, financeira e até familiar (a mãe quer muito que a filha seja professora). No decorrer da prática

docente, ocorre uma identificação com o exercício da atividade, e não raro, se descobre professor ou professora: “Achei o que eu gosto de fazer”; “me encontrei”. (FONTANA, 2005).

Dentro deste particular cabe, com muita propriedade, a docência médica, já que na sua quase totalidade, os médicos se tornam professores, e um pequeno percentual deles acaba por se identificar com a atividade de professor, e ainda que não tão frequente, mas às vezes se dedicando mais a docência do que a própria profissão de médico.

O que determinará uma mudança de prioridade entre atuar mais como médico ou como professor, ou outra profissão, tem relação com o contexto social, político e financeiro em que este cenário se desenrola. Num determinado local e momento a docência poderá ser muito representativa, como ocorreu com a abertura da faculdade de medicina da Univali.

O convite para exercer a docência no curso de medicina da Univali, ia muito além de assumir o cargo de um professor. A formação docente praticamente nenhum médico tinha, então a escolha por um professor partia de elementos das relações sociais entre os pares e da própria atividade como médico especialista em sua área de atuação. Quais seriam os “bons” médicos para desempenhar a função de docente na formação daqueles novos alunos? Passados pouco mais de 10 anos, esta conotação já pode ter mudado, considerando que mais de sessenta por cento daqueles profissionais que foram “escolhidos” para atuarem como professores, não exercem mais a docência no referido curso.

Num determinado momento e para determinadas idéias, necessitamos fazer escolhas, e na dependência delas, surgem novos rumos. No entanto, mais determinante do que as escolhas é o aprendizado que iremos construir. Assim escolher ser professor, ou outra profissão, é um elemento demarcador de percurso, mas o aprendizado que nela faremos, evoca uma idéia de movimento de elaboração e de re-elaboração dos significados e sentidos das práticas culturais e educativas em nós. (FONTANA, 2005).

Com isso, a construção da identidade é algo constantemente mutável construída no contexto histórico de cada indivíduo nestas práticas educativas e culturais. A profissão de professor, como as demais, emerge também em um dado contexto e momento histórico, como respostas as necessidades que estão colocadas pelas sociedades, adquirindo estatuto de legalidade. (PIMENTA, 2009).

A construção de um determinado saber é sempre o saber de alguém que trabalha alguma coisa no intuito de realizar um objetivo qualquer. Se for um professor será o saber *dele* e está relacionado com a pessoa e a identidade dele, com sua experiência de vida e com a sua história profissional, com as suas relações com os alunos em sala de aula e com os outros

atores no seu ambiente de trabalho. (TARDIF, 2003)

Para Tardif (2003), “os saberes docentes são sociais, embora sua existência dependa dos professores (mas não somente deles) enquanto atores individuais empenhados numa prática”. E é social porque são partilhados por todo um grupo de agentes, seus colegas de trabalho, que possuem uma formação comum, mas longe de ser iguais a cada um. Além disso, estão sujeitos as regras da instituição de que fazem parte. Desta forma, por mais original que um professor seja, suas representações ou práticas ganharão sentido somente quando colocadas em destaque em relação a essa situação coletiva de trabalho.

Os saberes docentes são sociais, continua Tardif (2003), porque sua posse e utilização repousam sobre todo um sistema que vem garantir a sua legitimidade, como a universidade, administração escolar, sindicato etc. O professor nunca define sozinho e em si mesmo o seu próprio saber profissional. Não só isso, as disciplinas e programas que deverão ser seguidos, bem como a forma das práticas pedagógicas evoluem com o tempo e com as mudanças sociais. Aquilo que era bom e útil ontem, já não o é mais hoje.

Ao longo de sua história, o professor aprende ensinar fazendo o seu trabalho. Assim o saber dos professores não é um conjunto de conteúdos adquiridos de uma só vez, mas num processo de construção ao longo de sua carreira profissional. O professor *aprende* progressivamente a dominar seu ambiente de trabalho, ao mesmo tempo em que se insere nele e o interioriza por meio de regras de ação que se tornam partes integrantes de sua consciência prática. (TARDIF, 2003).

Por outro lado nos alerta Tardif (2003), para não cairmos no “sociologismo” em que tudo representa absolutamente o social, sendo o saber uma produção social em si mesmo e por si mesmo, eliminando a contribuição dos atores na construção concreta do saber. O saber dos professores é profundamente social, como já vimos, mas é ao mesmo tempo, o saber dos atores individuais, que o possuem e o incorporam à sua prática profissional para a ela adaptá-lo e para transformá-lo. Por isso o saber docente se situa na interface entre o individual e o social, entre o ator e o sistema.

Assumir a docência universitária pressupõe como função primordial a formação de pessoas e sempre que nos referimos à formação de pessoas estamos diante de uma atividade complexa. Isso advém do fato da própria característica humana, que mesmo dentro de uma grande igualdade, carregamos nossa mais profunda individualidade, exigindo do docente uma multiplicidade de saberes, de competências e atitudes para que esta relação se estabeleça de forma harmônica e eficaz. (SOARES, 2009).

Estes saberes docentes estabelecem relações com o contexto que se desenvolvem as

práticas, com o ambiente da aprendizagem, no contexto sócio-histórico dos estudantes bem como com o relacionamento com o planejamento das atividades de ensino. Além destes, os saberes exigidos para a prática diária passam por saberes de ordem técnica, de natureza afetiva, caráter ético e político, nas construções de valores e como já referido, pelas relações com a sociedade. (SOARES, 2009).

Não sem motivo podemos perceber que exercer a docência de forma plena não é tarefa fácil o que justifica sua profissionalização. Considerando a grande demanda para novos professores, este espaço vem sendo ocupado por profissionais diversos bem sucedidos em seus campos de conhecimento, como a medicina, cuja missão é transferir conhecimentos teóricos e práticos para futuros profissionais, não havendo verdadeiro envolvimento com a docência. Estão ainda baseados no pressuposto de “quem sabe fazer sabe ensinar” bastando para isso que desenvolvam com competência a área técnica de suas especialidades. Por isso muitos professores universitários preferem sua identificação com a sua especialidade (de atuação e ou pesquisa) do que como docentes. (SOARES, 2009).

E dentro destas características se encontram com grandes propriedades os professores de medicina, que antes são médicos e “às vezes”, são professores.

Desde sua criação em 1808 que as Instituições de Ensino Superior do Brasil, fundamentadas no modelo francês-napoleônico, se definiram como um sistema de ensino formador de profissionais para o mercado de trabalho com pouca pesquisa e centrada em ensinar para a prática. Por isso as contratações de docentes como já nos referimos, ainda tem a característica de nomear como professores os profissionais bem sucedidos em seu campo de atuação profissional, indicação pautada na concepção de que o fato de ser um bom profissional faria dele um bom professor. (MASETTO, 1998).

Esses aspectos, dos profissionais assumirem a docência sem a devida formação, no ensino superior de forma geral, também são vistos com as mesmas características dentro da medicina, que iniciam sua atividade docente sem terem sido formalmente preparados para ela, sem formação didático-pedagógica inicial. (TAMOSKAUSKAS, 2003)

Embora se reconheça o valor da apropriação dos saberes profissionais através da experiência, não há como negar, por essas razões, a importância da formação didático-pedagógica para que a atuação do médico como professor venha a ser de qualidade. No entanto, não são poucos os professores que só pela sua experiência de muitos anos de trabalho como professores acreditam ser capazes de ensinar seus alunos em sala de aula, ou em outros espaços de formação, sem a formação pedagógica adequada. (SILVA, 2003)

Provavelmente, este pensamento se ancora na própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), promulgada a 20 de dezembro de 1996 em seu artigo 65 diz que “a formação docente, *exceto para a educação superior*, incluirá prática de ensino de, no mínimo, trezentas horas”, excluindo a necessidade de uma formação prévia para esses profissionais do ensino superior (TAMOSKAS, 2003).

Não deixa de ser uma coisa curiosa este distanciamento que existe entre o de ser Professor de Medicina e o interesse pela Educação Médica. Considerando que hoje temos 168 escolas médicas e que em média cada escola tem 180 professores, então devemos ter mais de trinta mil professores de medicina em atividade. Poder-se-ia imaginar que a grande maioria destes professores de Medicina no Brasil tem grande interesse pela Educação Médica, já que atuam como docentes. Mas não é o caso. Do contingente de professores de medicina, menos de 10% tem alguma formação em educação médica. (SILVA, 2003; MARCONDES, 1998). Apesar desta constatação, devemos lembrar que a “Educação Médica como ciência, é muito mais do que ministrar aulas. Envolve aspectos da maior importância no que se refere ao processo ensino-aprendizagem” (MARCONDES, 1998, p. 01).

Ainda que nosso estudo esteja direcionado para a formação do professor e não da escola de medicina, achamos pertinente explorarmos, de alguma forma, como e quais são as relações que existem entre a escola formadora e os médicos, que como também veremos, serão os futuros professores de medicina.

Se pensarmos a Medicina como uma Ciência atrelada com o ensino teórico-prático e que, portanto, todo médico vai saber transmitir seus conhecimentos, aprendendo ao longo da graduação e de sua vida profissional – assistindo a aulas, fazendo seminários, participando de congressos, discutindo casos, conversando com os pacientes - mas isso pode não ocorrer. (SILVA, 2003). Na avaliação realizada pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEN), que nos deteremos em sua análise mais adiante, eram 76 escolas com 4.178 professores analisados, foi documentado que a formação dos docentes, em sua grande maioria, localizava-se na própria Medicina, tendo uma continuidade nos programas de residência médica. Em nível de *stricto sensu*, 31% da amostra possuíam mestrado, e 20 % tinham título de doutor, mas apenas 7% eram especializados em educação (BATISTA, 1998).

E estes dados são ratificados por CARABETTA (2007), analisando o processo de formação e a coordenação pedagógica dos cursos de medicina que, com algumas exceções, a

maioria dos docentes "estão professores" e "não são professores", pois não tiveram formação pedagógica em suas faculdades de origem. Isto os impede de ter maior desenvoltura no entendimento e aplicação de aspectos teóricos e práticos do ensino e aprendizagem.

Ainda na CINAEN apenas 20% dos médicos dedicavam vinte horas ou mais a docência, mostrando o pequeno vínculo com as instituições. Isso parece indicar que o trabalho médico de docente não se configura como uma profissão e sim uma atividade complementar à profissão médica, como já citado acima, levando a educação médica mais como um processo endógeno, sem dar a ênfase na produção de conhecimento. Ainda evidenciou que a maioria dos docentes estavam insatisfeitos com sua remuneração como professores de medicina, mas não como médico. Esta postura era, em especial, dos professores homens, sem formação senso estrito, com atividade como médica fora da escola e poucas horas de docência. (BATISTA 1998).

É provável que esta falta de preparação pedagógica para o ensino médico possa ser a responsável pela manutenção do modelo tradicional de ensino, de que os educadores denominam como paradigma vigente ou dominante. Este modo de ensinar é centrado numa proposta pedagógica que não estimula a crítica, é passiva, descontextualizada, mnemônica e individualista. O modelo didático é centrado no professor, com aulas puramente expositivas em que o monólogo está presente na maior parte, senão toda a aula, ficando os alunos limitados a ouvir e/ou copiar o que está sendo exposto pelo professor. (CARABETTA, 2007).

Desta forma seria mais coerente instituir um novo modelo pedagógico para a educação médica, como proposto pelo paradigma da integralidade, visando centralizar o processo ensino-aprendizagem no aluno, além de destacar seu papel ativo neste processo. A capacitação dos docentes deve ser voltada para a competência técnico-científica e didático-pedagógica com maior ênfase na saúde do que na doença. Estimular uma maior participação e um maior compromisso com o sistema público de saúde e que o ensino da prática médica ocorra neste sistema em graus crescentes de complexidade. E por fim, mas não menos importante, realizar o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho por meio da reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas. (CARABETTA, 2007).

Esta compreensão das competências pedagógicas e do modelo didático ideal é algo que ocorre ao longo de um processo de aprendizagem do próprio professor que se transforma

progressivamente na interação com seus colegas e nas arenas de sua atuação e que pelo menos envolve duas dimensões, como assinala ISAIA (2004, p.129):

primeira indica que a aprendizagem de ser professor não pode ser um processo solitário, mas envolve a interação com colegas, alunos, espaço acadêmico e a comunidade, como um todo. Tornar-se professor ocorre na relação com os outros e nas mediações e interação decorrentes. A segunda demonstra que a apropriação para efetivar-se necessita integrar-se ao próprio sujeito, através de um processo de internalização das experiências vividas nos contatos externos, levando a uma incorporação ativa e transformadora das mesmas. Não se trata de reproduzir, mas fundamentalmente recombina em novas formas o que foi experienciado.

Apesar de compreendido que novas formas de educação, como a visão do novo paradigma para a educação e o entendimento necessário para incorporar todas as dimensões que envolvem a formação e prática docente, a mudança para que tudo isso ocorra e se efetive, nem sempre é tão simples com poderíamos imaginar. Dentro da medicina os docentes têm-se mostrado resistentes a estas modificações, visto que os professores julgam que sua forma de ensinar seria o suficiente, não necessitando de novos modelos e ou novas metodologias. (COSTA, 2007). Esta postura impede os médicos de perceberem que: “a prática pedagógica é considerada o domínio específico da profissão docente, o que define a identidade profissional do professor, pois reflete a concepção do professor sobre as funções profissionais e o modo como devem ser desempenhadas.” (COSTA, 2007, p.22)

No mesmo estudo, Costa (2007) evidenciou que entre as principais causas limitantes de mudanças no ensino médico, pode-se citar a insuficiência da abordagem dos problemas educativos próprios da educação médica. Os professores de Medicina tendem a encarar com ceticismo ou descaso os aspectos pedagógicos da docência universitária, além da desvalorização das atividades de ensino e a supremacia da pesquisa, pela falta de profissionalização docente e a desvalorização da formação docente do Professor de Medicina.

Talvez estes aspectos podem ser explicados pela forma como os médicos vêm sendo formados. Ele perdeu seu monopólio na definição dos serviços e, ainda que continue muitas vezes produzindo seu trabalho por meio de uma prática de consultório, perdeu boa parte do controle sobre os instrumentos, a clientela e sobre o preço da remuneração do trabalho. (FEUERWERKER, 2002).

Esta perda de controle associado a intermediação institucional, além da especialização, levaram a uma modificação da relação entre médicos e pacientes. O paciente não escolhe



livremente o médico que vai atendê-lo e o médico não é mais responsável pelas condições em que se dá o atendimento. (FEUERWERKER, 2002).

Também no mesmo sentido vão as conseqüências da incorporação da tecnologia sobre a formação e sobre a relação médico-paciente. A utilização da tecnologia como elemento essencial da fase diagnóstica diminuiu, na prática, a importância da história clínica e do exame físico e, portanto, do contato médico com o paciente e do interesse por sua fala. (FEUERWERKER, 2002).

Estes aspectos podem contribuir para que ocorra um maior distanciamento entre o médico e o paciente, que indiretamente esta separação pode se estabelecer também entre o professor e o aluno.

Nos últimos anos mudaram os valores dos médicos em relação a vários aspectos da prática: a UTI, a precisão tecnológica, a especialização, a impessoalidade nas relações, o jogo das instituições, a recusa à vida de sacrifícios, a comercialização do trabalho médico são partes de um novo tempo e de um novo lugar social da profissão médica. (FEUERWERKER, 2002).

Para mudar o processo de formação de graduação da medicina seria necessário conscientizar os médicos a perceber que a possibilidade de conquistar melhores condições de trabalho, remuneração e prática profissional dignas não podem ficar restritas a seu pensamento individual, na sua especialidade, no seu consultório. Pensar no coletivo seria uma forma de construir uma nova postura ética e um novo ideal profissional. E transformar a prática dos profissionais que estão envolvidos com a educação dos estudantes é parte desta tarefa. Oferecer oportunidades para que eles se envolvam/proponham/construam múltiplas experiências inovadoras nos mais variados cenários. (FEUERWERKER, 2002).

Esta preocupação com a formação médica vem progressivamente sendo discutida no meio das instituições que, de alguma forma, estão ligadas à formação e a educação médica. O médico que se forma hoje, na dinâmica atual de como são selecionados os professores de medicina, será o professor de amanhã. Então mudar a visão do professor de medicina, ao que nos parece, passa primeiro pela mudança da formação do aluno de medicina. Mas então, como mudar a visão dos alunos sem mudar a visão dos professores?

Esta preocupação já vem de longos anos, quando vários seguimentos governamentais e não governamentais, empreenderam esforços para a mudança do ensino médico, não só no Brasil, com em todo o mundo.

No início do século XX a educação médica dos EUA era caótica. As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou

não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica. As escolas tinham as mais variadas formas de abordagem terapêutica. (PAGLIOSA, 2008).

É neste cenário que a Fundação Carnegie convidou o educador Abraham Flexner, o qual se formou em Artes e Humanidades na Universidade Johns Hopkins em junho de 1886, e após sua graduação, iniciou a carreira de educador como professor da Lousville Boy's High School, para realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas estadunidense e canadense. (AGUIAR, 2007)

Após sua visita pessoal nas 155 escolas de medicina que existiam naqueles países, publicou o *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (FLEXNER, 1972), que ficou conhecido como Relatório Flexner, publicado originalmente em 1910. Das 155 escolas, o relatório sugeria a manutenção de apenas 31 as quais tinham condições de funcionar pelos pressupostos estabelecidos naquele documento. Após doze anos de sua publicação, nos EUA funcionavam apenas 81 escolas das 131 que existiam antes da sua publicação. (PAGLIOSA, 2008).

Neste período, o Brasil tinha apenas três escolas para formação de médicos – Bahia, Rio de Janeiro e Porto Alegre e eram fortemente influenciadas pelo modelo francês, que na época representava o grande foco da cultura mundial. (BATISTA, 1998).

As principais propostas daquele documento visavam o desenvolvimento do ensino nas escolas de medicina, que entre os principais podemos citar: definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, a duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; *estímulo à docência em tempo integral*; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada. (AGUIAR, 2007).

Considerando o caos em que vivia o modelo médico daquela época, as ações tomadas de acordo com as recomendações de seu relatório, inéditas, ajudaram a abrir espaço para a incipiente revolução tecnológica em saúde ao valorizarem a pesquisa e associarem-na ao ensino. Novas tecnologias médicas, como o uso de antibióticos e a disseminação da prática da vacinação, passaram a integrar o arsenal da ciência contra males milenares que afligiam o homem. (AGUIAR, 2007).

Atualmente o adjetivo “flexneriano” é aplicado, geralmente, com caráter pejorativo, pelo menos pelos estudiosos de vanguarda, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos

estudos clínicos dentro da medicina. E este modelo se espalhou para praticamente todo o mundo, e na maioria das escolas, inclusive na Univali, é o modelo vigente. (PAGLIOSA, 2008)

Dentro destes aspectos o modelo “flexneriano” se constitui, seguramente, a publicação sobre educação médica mais citada na literatura especializada, agora com já mais de cem anos. Suscitou e suscita grandes polêmicas e focos de debates apaixonados entre defensores e detratores de suas propostas. Uns aclamam seu criador como o grande reformista e transformador da educação médica em todos os tempos, e outros o consideram o principal responsável pela consolidação de um modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado. (PAGLIOSA, 2008).

A população do Brasil viveu por mais de trezentos anos sem a formação de um médico sequer em suas terras. Do ano de 1808, quando foi criada a primeira escola, como já vimos, até o ano de 1910, mais de cem anos, permanecemos com apenas três escolas, quando a quarta escola brasileira, a de Belo Horizonte em Minas Gerais foi aberta em 1911. Algo muito diferente do ocorria nos EUA, que em 100 anos, chegou a abrir quatrocentas e cinqüenta e sete escolas! (MONTALTI, 2010).

Enquanto os países no exterior repensavam a medicina e sua formação, no Brasil não havia praticamente este problemas, já que o número de escolas era extremamente reduzido.

Com a Revolução de 1930, o Brasil apresentou profundas transformações que repercutiram na estrutura educacional, bem como em vários outros seguimentos sociais tendo Getúlio Vargas à frente do governo. Chegamos a esta época com 12 escolas. De 1930 a 1960 foram fundadas mais 19 escola de medicina. (BATISTA, 1998). O que não realizamos em 400 anos, foi possível fazer em trinta. O Brasil agora é fortemente influenciado pelo modelo americano. Estas novas escolas seguiam rigorosamente o que o relatório flexneriano preconizava, mesmo que por esta época, já se articulava sua revisão no seu país de origem.

Já no período de 1960 a 1970, ocorreu uma verdadeira explosão do ensino médico no Brasil, com aumento progressivo do número de escolas existentes, como reflexo da Reforma Universitária de 1968 e da política de expansão do ensino privado. (BATISTA, 1998).

As cifras ajudam a estimar o que ocorreu. No Estado de São Paulo, onde havia quatro faculdades de medicina até 1963, foram criadas, entre aquela data e 1971, mais 14 escolas. No Rio de Janeiro, das quatro faculdades existentes até 1965, passamos para 12 em 1971, oito a

mais. Em Minas Gerais, cinco cursos foram criados entre 1968 e 1971, contra quatro existentes até então. No Rio Grande do Sul, das duas faculdades de medicina em funcionamento até 1961, passamos para nove em 1970, isto é, sete novos cursos em apenas nove anos. Enquanto as instalações e os equipamentos necessários ao funcionamento do ciclo básico eram itens relativamente fáceis de cumprir, não é preciso salientar a precariedade das bibliotecas e dos recursos hospitalares como leitos, instrumentos, administração e pessoal de apoio. (EDLER, 2006).

Apesar da necessidade de novos médicos, parecia não haver um plano diretivo e uma distribuição igualitária da abertura de novas escolas, e conseqüentemente de novos médicos para todas as regiões do Brasil. Entendemos que as relações entre campo médico e a estrutura econômica realizam-se de forma direta ou mediadas por outros campos, ou mercados, que definem o trabalho médico. Difícil encontrar um responsável isoladamente, que possa explicar tal expansão. O palco em que ocorre a formação médica não é algo estático, em que os atores sociais então capturados pela estrutura, é na verdade, um campo de forças, pelo menos de quatro tensões, quais sejam, formar médicos, praticar medicina, produzir conhecimento e disputar projetos, que são operadas o tempo todo pelos atores que fazem parte do mesmo palco. (CRUZ, 2004).

E dentro destes interesses começa a se desenhar, nesta época, no ensino médico brasileiro, os mesmos problemas ocorridos no século XIX, especialmente no EUA, com a abertura de escolas médicas sem critérios, especialmente as particulares, que essencialmente visam o lucro, ainda que as argumentações se ancorassem na necessidade de médicos para saúde da população.

Mas a formação de médicos parece não ter como único objetivo a saúde dos pacientes (ainda que devesse ser). Na formação médica há muitos interesses em jogo, e para se ter uma pequena idéia das forças que atuam sobre ela, além das acima citadas, enumeramos as entidades que estão atreladas, direta ou indiretamente para esta prática no Brasil: CFM (Conselho Federal de Medicina), AMB (Associação Médica Brasileira), ABEM (Associação Brasileira de Ensino Médico), FENAM (Federação Nacional dos Médicos), CREMESC (Conselho Regional de Medicina, neste caso de Santa Catarina), SIMESC (Sindicato dos Médicos, neste caso de Santa Catarina), ACM (Associação Catarinense de Medicina), ANMR (Associação Nacional de Médicos Residentes), COSEMESC (Conselho Superior de Entidades Médicas), SPB (Sociedade Brasileira de Pediatria, no meu caso como pediatra, mas há

associação para cada especialidade médica) SCP (Sociedade Catarinense de Pediatria), ANDES (Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior), SINPES (Sindicato Nacional de Ensino Superior, ABRUEM (Associação de Reitores das Universidades Públicas Estaduais e Municipais) ANDIFES (Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior) e outras ainda de menor expressão.

Todas estas siglas são representadas por pessoas que defendem profundamente seus interesses e quando uma delas se sente ameaçada ou invadida, luta até o fim para que suas conquistas não sejam perdidas.

É certo que qualquer profissão tenha seus órgãos reguladores e que são importantes para a sua prática e, que em algum fundamento, o surgimento de tantas escolas tinha que se ancorar. Dentre os que mais facilmente podia se identificar eram os políticos, já que em muitos municípios não havia médicos, e com a reduzida proporção médico/habitantes, eram baixíssimos os índices de saúde (mortalidade infantil, sobrevida média, etc.). Por outro lado, as novas camadas médias urbanas viam na medicina a possibilidade de ascensão social para seus filhos. (EDLER, 2006).

A despeito deste grande aumento no número absoluto de médico, a saúde do Brasil na década de setenta era precária e, como mencionado, isso de alguma forma tenha impulsionado a surgimento de novas escolas. Tomando como parâmetro a mortalidade infantil, que é um indicador muito usado em saúde pública por refletir as condições de vida de uma população, uma vez que a criança com menos de um ano é extremamente sensível às condições ambientais, o Brasil ocupava naquela década, índices de mortalidade infantil entre os mais altos do mundo, se equiparando aos países mais pobres da África. Tomando como referência o ano de 1975 tínhamos uma mortalidade infantil que atingia a casa dos três dígitos – 110 óbitos para cada mil nascidos vivos, enquanto na Argentina eram 55 e na Itália 23 óbitos para cada mil nascidos vivos. (IBGE, 2011).

Na área da educação, tomando como parâmetro os índices de analfabetismo na mesma época, ainda que com diminuição muito lenta, também se encontravam entre os maiores do mundo, somando quase 30 milhões de analfabetos, perfazendo mais de 30% da população brasileira. (IBGE, 2011).

Efetivamente é difícil situar a responsabilidade do indivíduo médico ou do indivíduo professor neste cenário em que ambos são protagonistas. No século atual, o número de

analfabetos caiu para menos de 15% da população geral do Brasil e em algumas cidades já é inexistente. E a mortalidade infantil, esta em poucas cidades, especialmente nas regiões sul e sudeste, já está abaixo dos dois dígitos (IBGE, 2011).

Não podemos atribuir a melhora destes índices exclusivamente ao aumento do número de professores e de mais escolas de nível superior ou do aumento do número de médicos, mas também não podemos negar que a participação de médicos e professores foi importante para a mudança daquele cenário.

A exemplo do que tinha ocorrido no início do século nos EUA, começa a se esboçar movimentos contrários à abertura de novas escolas, embasados na precariedade das estruturas das escolas, nos cenários oferecidos para o ensino médico, na ausência de hospitais e na precariedade de professores capacitados para o ensino médico. (BATISTA, 1998)

Motivado por estas críticas, e visando a melhora do ensino médico no Brasil em março de 1991 foi formada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), composta pelas principais entidades da área médica: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Docentes de Ensino Superior/ Sindicato Nacional (ANDES/SN), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM).

Esta comissão primordialmente pretendia avaliar os recursos humanos e o modelo pedagógico das escolas médicas e de sua relação com a qualificação dos médicos formados. Desenvolveu-se por quase dez anos em três fases distintas: a primeira trabalhou com 76 Escolas Médicas do Brasil. Através de resposta a um questionário auto aplicado elaborado pela comissão, as diversas escolas revelaram seu desempenho frente a um "padrão desejado"; a segunda fase trabalhou com 48 Escolas Médicas Brasileiras e a partir das revelações da primeira fase, discutiu e debateu, através de oficinas de trabalho com representantes do corpo discente e docente das escolas, a possibilidade de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica; e a terceira fase do projeto CINAEM objetivou a "construção" das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico. (ABEM, 2011).

Segundo Cruz (2004), ela foi capaz de introduzir, no campo da educação médica, significativas alterações no desvelamento do poder, uma nova linguagem no campo médico e novos sentidos para a educação médica no Brasil.

Em 1994, a CINAEM apresentou seus primeiros resultados das 76 Faculdades de medicina participantes, constatando que:

- a estrutura administrativa era considerada ineficiente para a tomada de decisões;
- as instalações e os equipamentos estavam obsoletos;
- o número de alunos que ingressavam nas faculdades excedia a capacidade de absorção das escolas;
- *os professores eram mal remunerados, insuficientemente preparados e poucos motivados para interagir com os alunos;*
- as escolas estavam pouco envolvidas no sistema de saúde local;
- as escolas tinham baixa produção científicas, e
- poucos formandos eram capazes de atender as necessidades de saúde da sociedade. (ABAMOVICH & PICCINI, 1995, apud BATISTA, 1998, p.41).

Naquele cenário, apesar da recomendação da não abertura de novas escolas na década de 1990, mais faculdades foram surgindo, e seu número praticamente dobrou, abrindo o ano de 2010, com 168 escolas de medicina, oferecendo anualmente 16.762 vagas no conjunto de todos os vestibulares. De todas as escolas médicas em atividade 56.30% (102) pertencem à rede privada de ensino superior. São números preocupantes quando comparados a outros países do mundo. Ostentamos o segundo lugar no ranking mundial de escolas de medicina, diz o Dr. Antônio Celso Nunes Nassif (2010), ex-presidente da Associação Médica Brasileira.

A despeito desta grande expansão do número de escolas de medicina no Brasil, em Santa Catarina a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como vimos, criada em 1960, foi a única escola a formar médicos neste estado até o ano de 1990. Mas Santa Catarina não permaneceu imune a nova expansão da década de noventa, quando foi instalado o

segundo Curso de Medicina, o primeiro privado, na Universidade Regional de Blumenau SC.

Dentro da mesma lógica de Blumenau e depois Itajaí, outras cidades de médio porte abrem faculdades de medicina, e assim, Santa Catarina registra em 2010 nove cursos em atividade, que se compararmos com o ano de 1990, que era apenas a UFSC com formação de 100 médicos/ano, hoje com todos os cursos em atividade formam mais de 500 médicos/ano.

Visando a suspensão da abertura de novos cursos de medicina, com o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) juntamente com o Conselho Federal de Medicina (CFM), Bueno, (2005) elabora um relatório sobre a ABERTURA DE ESCOLAS DE MEDICINA NO BRASIL: Relatório de um cenário sombrio. Dentre os aspectos analisados encontra-se a relação médico/habitante. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde da população a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Para centros com uma rede de serviços bem estruturada, os técnicos defendem a ampliação deste parâmetro. O Brasil apresenta hoje uma relação média de 1/622 médico/habitantes, ainda que o estado do Rio de Janeiro tenha 1/302 e o estado do Maranhão 1/1.917. Santa Catarina com uma relação de 1/741 é o estado do sul que mais se aproxima do que preconiza a OMS.

Pode se somar a isso, um agravante, de que o número de médicos cresce em uma razão duas vezes maior que o crescimento populacional brasileiro e, na dependência de abertura de novas escolas, esta relação tende a piorar. O Brasil apresenta hoje um dos menores índices de fecundidade do mundo (Índice de fecundidade conceitualmente representa o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final de seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico do mundo). No Brasil em 2006 era 2,0 e na região sul de 1,9 e na sudeste 1,8 ambas com os menores índices do Brasil e que, coincidência ou não, são as regiões com maior número de escolas e menor relação médico/habitante. (IBGE, 2009, BUENO, 2005).

Este grande aumento do número de vagas para cursos médicos deu-se especialmente pelo aumento expressivo de escolas privadas, como já vimos, já que estas eram a minoria no final da década de 50 (15%). Os cursos de medicina privados no Brasil apresentaram uma evolução crescente e expressiva nas décadas seguintes: 46%, em 1969; 70%, em 1989; 76%, em 1999 e 64%, em 2004. Este desempenho aponta para a lógica do mercado, a força de *lobby* do capital empresarial voltado para o ensino superior. (BUENO, 2005).



Com as constatações já evidenciadas em 1994 pela CINAEN e do relatório produzido por BUENO (2005), nos perguntamos qual o perfil e a qualidade dos professores que vem assumindo a docência nestes cursos, bem como os médicos formados nestas faculdades. Considerando a faculdade de medicina da Univali, que conta hoje com 150 professores, mas apenas 45 deles permanecem desde o início da faculdade, e aproximadamente a metade deste contingente tem um vínculo igual ou maior a 20 horas semanais, ficamos a imaginar qual é a importância da docência na vida destes professores e qual teria sido a importância naqueles 60 % dos professores que já não se encontram mais nesta instituição.

Considerando que aproximadamente oitenta por cento dos professores das faculdades de medicina, são profissionais médicos que exercem suas especialidades sem formação na área da educação, então retomamos aquele questionamento que já realizamos, quanto a formação de professores de medicina. Constatando que os futuros professores de medicina serão os atuais alunos de medicina, e para mudar a concepção dos futuros docentes de medicina se faz necessário a mudança, entre outras coisas, da mudança da formação atual dos alunos e das estruturas das faculdades de medicina. Mas onde um começa e onde o outro termina?

O aluno que está na sua graduação preocupa-se em colar seu grau e atuar como médico, ou fazer sua pós-graduação em uma determinada especialidade. Para o professor de medicina, que também como vimos, está mais professor do que propriamente é professor. As faculdades particulares, que no Brasil, representam a maioria, preocupam-se com seu equilíbrio financeiro. As entidades de classes, ao que nos parece, defendem mais a classe, no sentido da própria entidade do que na defesa da classe que representam. Então como mudar o panorama da educação médica, que em última análise, poderá mudar os professores de medicina?

Experiências neste sentido, aqui no Brasil, foram inicialmente instaladas nas faculdades de Londrina, no Paraná e em Marília no estado de São Paulo. Esta nova modalidade de ensino/aprendizagem é conhecida como Aprendizado Baseado em Problemas (Problem-Based-Learning).

Este modelo de ensino médico surgiu no Canadá na década de 60 desenvolvido pela Universidade de McMaster, em Hamilton, Ontário. Rapidamente se difundiu para outros países do mundo como Holanda, EUA e mais de 60 outras faculdades. No Brasil foi adotado este modelo de ensino/aprendizagem na Faculdade de Medicina de Marília – FANEMA em

1997, na Universidade Estadual de Londrina – UEL em 1998 e na Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR em 1999. (COSTA JR, 2005).

Feuerwerker (2002) analisou com muita propriedade as duas primeiras escolas, percebendo que além de um modelo pedagógico existem muitas outras forças que atuam no processo de produção dos médicos.

As escolas médicas são instituições complexas, que articulam uma multiplicidade de sujeitos, de identidades e de interesses. Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, nas relações entre médicos e população, entre médicos e demais profissionais da saúde, na concepção de educação e de produção de conhecimento, nas práticas docentes, nas relações entre professores e estudantes, nas relações de poder entre os departamentos e disciplinas. (FAUERWERKER, 2002, p.288).

Atingir este grau de concordância entre tantos atores e instituições parece tarefa quase impossível, mas a mesma autora também sugere que estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários têm de ser os sujeitos desse processo de mudança. Há uma importância capital na conscientização de cada um destes indivíduos envolvidos neste processo, porque estes sujeitos unidos constituem o coletivo e a mudança de cada sujeito levará a aquisição de novos conhecimentos e de novos poderes, que de alguma forma, diminuirão as distâncias entre os dirigentes e os dirigidos. (FEUERWERKER, 2002).

Respeitando a complexidade de que o tema se reveste, retomamos nosso pensamento nos valendo das palavras da autora acima citada, para a qual são os sujeitos que constituirão o coletivo e é na mudança de cada sujeito que mudaremos o coletivo. Não podemos esperar pela mudança do coletivo se nós mesmos não assumirmos nossas responsabilidades dentro deste processo. O professor tem a possibilidade de modificar-se e auxiliar na mudança do seu ambiente social.

O professor de medicina carrega esta responsabilidade, como já vimos, primeiro sendo professor, segundo sendo médico e finalmente sendo o professor médico. A construção deste sujeito - professor médico - passa por muitas etapas. Em nossa análise todos os sujeitos atingiram este estado depois de mais de 20 anos de estudo, considerando sua formação e sua atuação como médico. Mas quais foram os caminhos e os pensamentos que levaram estes indivíduos à medicina e depois à docência?

#### 4 - O MÉDICO EM DIREÇÃO À DOCÊNCIA

Nem todos os professores de medicina são médicos. Como já vimos, no curso da Univali os professores não médicos somam 16%. Estes números não são diferentes de outras instituições. Desta forma, podemos dizer que entre oitenta a noventa por cento dos professores de medicina são médicos e também professores. Mas antes foram médicos para depois assumirem a função de docentes.

Mas quem são os médicos?

Como já aludimos, a graduação médica é a formação acadêmica que mais horas aula necessita para sua conclusão. Segundo parecer CNE/CES nº 8/2007, o curso de medicina necessita de no mínimo 7.200 horas/aula. Quase o dobro do que, por exemplo, a arquitetura e urbanismo, agronomia e as engenharias e quase o triplo de cursos como filosofia, pedagogia e letras. Os cursos de que mais horas aulas são exigidas, seguidos da medicina, são a odontologia e medicina veterinária com 4.000 h/a. (BRASIL, 2007).

Talvez parte dos médicos desconheça estes números, e é bem provável, que a maioria dos acadêmicos de medicina não saiba o tempo que efetivamente terão que estudar para se graduarem como médicos. Sabem que serão seis anos, mas não como viverão neste período.

Também não são poucos os médicos, e especialmente, os futuros médicos, que se surpreendem com a sua atividade diária como profissionais, pois lidam com pessoas, e sendo a lida com o ser humano, todas as possibilidades de comportamentos existem, sem contar que na maioria das vezes estes indivíduos estão enfermos, portando, mais variáveis são seus comportamentos que o habitual.

Não sem motivo, quando alguém diz que irá cursar medicina, com certos ares de espanto muitos fazem a pergunta: você tem certeza que quer ser médico?

Esta pergunta, pelo menos de que temos registro, foi realizada pela primeira vez por Esculápio, na Grécia Antiga. A lenda sobre Asklépios ou Esculápio data de cerca de 700 anos a.C. e foi relatada por Hesíodo. Era filho de Apolo, mas foi criado pelo centauro Quíron que lhe ensinou a arte de curar. O menino aprendeu depressa e logo ultrapassou o mestre. Tornou-se tão hábil na arte de curar que podia ressuscitar os mortos. Numa de suas visitas a pacientes em seu templo, uma serpente enrolou-se em seu cajado. Apesar do esforço para retirá-la, a

serpente tornava a enrolar-se no cajado onde permaneceu. Esculápio tornou-se o deus da medicina e seu cajado, com uma serpente enrolada, o símbolo da atividade médica. (PRATES, 2002. SILVEIRA, 2002)

Assim Esculápio perguntou:

“Quer ser médico meu filho?

É aspiração própria de uma alma generosa, de um espírito ávido de ciência. Desejas que os homens te tomem por um deus que alivia os seus males e afugenta os medos? Pensaste bem no que vai ser a tua vida? Terás que renunciar à vida privada; enquanto que a maioria dos cidadãos, terminado o seu trabalho, pode isolar-se dos importunos, a tua porta permanecerá sempre aberta para todos; a qualquer hora do dia ou da noite virão perturbar o teu descanso, os teus prazeres, a tua meditação; não terás horas para dedicar à tua família, à amizade ou ao estudo; já não te pertencerás. Os pobres acostumados a padecerem, só te chamarão em caso de urgência; mas os ricos tratar-te-ão como um escravo encarregado de remediar os seus excessos; seja porque têm uma indigestão, seja porque estão com um catarro; farão com que te despertem a toda a pressa, desde que sintam a mais pequena inquietação, pois estimam demasiado a sua pessoa. Terás de mostrar interesse pelos pormenores mais vulgares da sua existência, decidir se deve comer vitela ou cordeiro, se devem andar deste ou daquele modo quando passeiam. Não poderás ir ao teatro, nem estar doente; terás que estar sempre pronto para ir à primeira chamada do teu amo. Eras severo na escolha dos teus amigos; procuravas a companhia dos homens de talento, de artistas, de almas delicadas; mas de agora em diante não poderás afastar os fastidiosos, os escassos de inteligência, os desprezíveis. O desonesto terá tanto direito à tua assistência como o homem honrado; prolongarás vidas nefastas e o segredo da tua profissão proibir-te-á de impedir crimes de que serás testemunha. Tens fé no teu trabalho para conquistares uma reputação; tem presente que te julgarão, não pela tua ciência, mas por casualidade do destino, pelo corte da tua capa, pela aparência da tua casa, pelo número dos teus criados, pela atenção que dedicares às conversas e aos gostos da tua clientela. Haverá quem desconfie de ti se não fazes a barba, Outros porque não vens da Ásia; outros porque acreditas nos deuses; outros, porque não acreditas neles. Gostas da simplicidade; terás de adotar a atitude de um augur (adivinho). Eras ativo, sabes o que vale o tempo, mas não poderás revelar fastídio nem impaciência; terás que suportar relatos que começam no princípio dos tempos para te explicarem uma cólica; serás consultado por ociosos que só querem conversar. Serás o vazadouro do seu mundo de vaidades. Sentes a paixão pela verdade, mas já não poderás dizê-la. Terás que ocultar a alguns a gravidade do seu mal; a outros a sua insignificância, pois desagradar-lhes-ia. Terás que ocultar segredos que possuis, consentir em parecer enganado, ignorante, cúmplice. Embora a Medicina seja uma ciência obscura que os esforços dos seus fiéis vão iluminando de século para século, nunca te será permitido duvidar, sob pena de perder todo o crédito. Se não afirmas que conheces a natureza da doença, que possuis um remédio infalível para a curar, o povo irá procurar charlatães que vendem a mentira de que precisa. Não contes com agradecimento: quando o doente se cura, isso é devido à sua robustez; se morre, foste tu que o mataste. Enquanto está em perigo, trata-te como um deus, suplica-te, promete-te, enche-te de honras; assim que está convalescente, já o estorvas; quando se trata de pagar os cuidados que lhe prodigalizaste aborrece-se e maldiz-te. Quanto mais egoístas são os homens maior solicitude exigem. Não contes ficar rico com esse ofício tão penoso. Já te

disse: é um "sacerdócio" e não será decente ver nele a ganância como a que se vê num azeiteiro ou num vendedor de lã. Tenho pena de ti se sentes admiração pela beleza; verás o mais feio e repugnante que existe na espécie humana: todos os teus sentidos serão mal tratados. Encostarás o teu ouvido contra o suor de peitos sujos, respirarás o odor de habitações miseráveis ou os perfumes gastos das cortesãs, hás-de palpar tumores, tratar chagas verdes de pus, contemplar urinas, observar expectorações, olhar e cheirar imundices, meter o dedo em muitos sítios. Quantas vezes, num dia formoso, cheio de sol e perfumado, ao sair de um banquete ou de uma peça de Sófocles, te hão de chamar para um homem com dores no ventre, que te apresentará uma bacia nauseabunda e te dirá satisfeito... ainda bem que tive o cuidado de não a deitar fora. Recorda, então, que aquela dejeção deverá merecer o teu interesse. Até a própria beleza da mulher, consolação do homem, se desvanecerá para ti. Vê-las-ás de manhã desgrenhadas, desencatadas, desprovidas das suas belas cores e esquecendo sobre os móveis parte dos seus atrativos. Deixarão de ser deusas para se converterem em pobres sofrendo de misérias sem graça. Sentirás por elas menos desejo que compaixão. Quantas vezes te assustarás ao veres um crocodilo adormecido no fundo da fonte dos prazeres! O teu ofício será para ti uma túnica de Nesso. Na rua, nos banquetes, no teatro, mesmo na tua casa, os desconhecidos, os teus amigos, os teus parentes, falar-te-ão dos seus males para te pedirem um remédio. O mundo parecer-te-á um enorme hospital, uma assembléia de indivíduos que se queixam. A tua vida decorrerá na sombra da morte, entre a dor dos corpos e das almas, entre o cálculo e a hipocrisia, que se juntarão à cabeceira dos agonizantes. Ser-te-á difícil conservar uma visão consoladora do mundo. Descobrirás tanta fealdade por baixo das mais belas aparências, que há de demolir toda a confiança na vida e todo o gozo será envenenado. A raça humana é um Prometeu rasgado por abutres. Estarás só nas tuas tristezas, só nos teus estudos, só no meio do egoísmo humano. Nem sequer encontrarás apoio entre os médicos, que se guerreiam por interesse ou por orgulho. A consciência de aliviar males te consolará nas tuas fadigas, mas duvidarás se é acertado prolongar a vida de homens atacados por males incuráveis, crianças doentes que não têm nenhuma possibilidade de ser felizes e que transmitirão a sua vida triste a outros seres que serão ainda mais miseráveis.

Quando, à custa de muito esforço, tiveres prolongado a existência de alguns velhos ou de crianças disformes, virá uma guerra que destruirá o mais são e mais robusto que existe na cidade. Encarregar-te-ão então de separar os débeis dos fortes, para salvar os débeis e enviar os fortes para a morte. Pensa bem nisto enquanto estás a tempo.

Mas se, indiferente à fortuna, aos prazeres, à ingratidão, se, sabendo que te verás sozinho entre as feras humanas, tens uma alma bastante estóica para te satisfazeres com o dever cumprido, sem ilusões; se te julgas bem pago com a palavra de uma mãe, com um rosto que sorri porque já não sofre, com a paz de um moribundo a quem ocultas a chegada da morte; se desejas conhecer o homem, penetrar em toda a tragédia do seu destino faz-te médico, meu filho". (OS CONSELHOS, 2012).

E por muitos e muitos anos estas considerações ou conselho a que Esculápio se referia, foram os norteadores da atividade médica. O médico se caracterizava como a salvação das pessoas, na figura do próprio médico, já que não existiam as instituições como ora conhecemos, que provém a saúde da coletividade, ainda que com algumas restrições quanto à

qualidade e igualitária em todas as classes sociais. Assim, este relato de Esculápio, ainda que milenar, até bem pouco tempo se revestia de muitas verdades, inclusive em nosso meio.

As palavras de Esculápio se fazem sinônimas, senão idênticas, no trabalho que analisou as histórias de vidas de médicos, realizado por Schraiber (1997), em que registra o pensamento e a atividade de profissionais médicos que iniciaram seu labor na década de 1930-1940 no Brasil, especificamente em São Paulo. O relato como o da Dona Emília, que explicita sua dia-a-dia como médica na época referida: “No meu tempo, ficava-se escravo, mesmo. Porque se perdêssemos a hora do parto, se a paciente não fosse atendida... Ah! Aquilo era uma coisa séria! O paciente fazia a sua propaganda”. E continua: “Naquela época o médico ganhava pouco! Mas não funcionava muito o ganho. O médico era sempre igual, o cliente pagando ou não pagando...”. Podemos perceber muita similaridade entre esta percepção de pouco mais de 70 anos, com aquela fala milenar a que se referia Esculápio da atividade de um médico.

Com estranheza, e certa tristeza, as pessoas percebem que os médicos de hoje já não são mais os mesmos de outrora, porém o pensamento daquele médico completamente voltado aos cuidados do outro, ainda permanece no consciente coletivo da população, que foi uma “verdade” por muitos séculos, mas que nos dias atuais já não é mais. Este “novo” médico, realmente é bem novo, e que até os próprios médicos, bem como sua formação, ainda carecem de entendimento.

Fato este também evidenciado por Schraiber (1997) pesquisadora interessada na prática médica, diante da espantosa disparidade de imagens e expectativas dos médicos do início do século XX, para este início de milênio, considerando fatos dignos de serem estudados. Há uma grande mudança da medicina e até uma dificuldade dos profissionais com ela envolvidos de lidarem em seu ideário, com ritmo tão intenso de transformações.

A organização atual da prática médica desqualifica a relação médico/paciente e descaracteriza a individualização que a consulta propiciaria. A quebra da relação de confiança e intimidade é um elemento concreto de ameaça ao lugar social conquistado pelos médicos e pela medicina ao longo de sua história. (FEUERWERKER, 2002).

A vida e a forma de atuar de um médico, e especialmente de um professor médico, estabelecem relações diretas com a formação dos futuros profissionais. E como já vimos, sendo os futuros médicos os futuros professores para os novos médicos, fecham-se e mantêm-se o círculo do qual será difícil sair.

Neste sentido é urgente rever certos conceitos. O pensamento dominante sobre a atual situação da relação médico/paciente está deteriorado. “O médico não ouve mais o paciente, não toca mais no paciente, não tem tempo para o paciente, não mais é amigo do paciente” – são expressões freqüentes. Ponto determinante para o médico quanto à manutenção de sua autonomia técnica no trabalho seria justamente o raciocínio clínico elaborado a partir da anamnese e exame clínico, assessorado (ou não) por exames laboratoriais, chegando-se ao diagnóstico. Considerando-se que esses elementos compõem basicamente o ato médico em si, temos que esse é o trabalho do médico. A partir do momento em que tais circunstâncias não se dão (e é essa justamente a queixa não só de nossos professores, mas da sociedade em geral) o médico perde a oportunidade de realizar um tipo de intervenção específica no paciente, que só a ele competiria (BULCÃO E SAYD, 2003).

Assim, como viam e como veem a docência estes médicos que ora são sujeitos deste estudo, pois assumiram a docência quando já haviam praticado a medicina por mais de dez anos. Teriam em mente aqueles conselhos de Esculápio e os estenderiam para seus alunos? Não fazem alusão aqueles conselhos? Aqueles conselhos não se aplicam mais aos dias atuais?

Ao registrar os relatos dos professores, nossa pretensão é nos aproximar ao máximo daquilo que seria a autenticidade dos fatos ocorridos, almejando cometer a menor quantidade de erros possíveis. Porém, sabemos de nossas limitações e devemos assumir conscientemente, como afirma Cunha (2005, p.77), nossa subjetividade na observação e a nossa interação com o objeto investigado, sendo as análises aqui documentadas, aquelas que nosso olhar foi capaz de produzir.

Com os olhos voltados para os professores eleitos para esta análise, indagamos a eles como se tornaram ou decidiram serem professores, objetivando identificar crenças e concepções teóricas implícitas que eles intimamente traziam acerca de sua construção e inserção da docência universitária. Da mesma forma que quando indagamos jovens adolescentes, independente de suas escolhas para uma futura profissão em que almejam trabalhar, quase que unanimemente todos carregam uma idéia muito próxima do que os aguarda em seu labor vindouro pertinente a sua escolha.

Esta percepção também pode ser esperada em um indivíduo que irá iniciar uma nova atividade, qualquer que seja ela, e especialmente se for a de professor. Com isso nossa primeira pergunta tinha como objetivo localizar o professor no contexto de nossa pesquisa, o de ser professor do curso de medicina, bem como identificar a percepção que cada

entrevistado tinha sobre o *ser docente* e quais foram as principais motivações que os levaram a assumir a docência.

Canuto e Batista (2009), analisando as concepções do processo ensino-aprendizagem com o professor de medicina, investigaram 21 professores médicos desde a década de 1950 a 1990. As motivações e implicações que os docentes atribuíram a docência foi avaliado como um relacionamento interpessoal caracterizado pelo diálogo, pelo respeito e pelo compromisso como condição fundamental para a formação médica. Para aqueles docentes, o ensino tem um aspecto de transmissão de informações, mas os movimentos de aprendizagem como construção, estes ficaram em segundo plano. Sua inserção na profissão docente se realizou como convite, como necessidade administrativa e pedagógica; também pela experiência anterior de ter sido professor no ensino médio, além da tradição familiar. Os professores se caracterizaram como autodidatas, com uma crença no seu esforço próprio de ser professor, na elaboração de saberes e na sua experiência, como fundamentos suficientes para sustentar a docência em Medicina.

Em nossa análise, dos oito médicos entrevistados seis eram homens (75%) e duas eram mulheres (25%), sendo que dos dezesseis professores elegíveis para o estudo, três eram mulheres (19%) e treze eram homens (81%). Considerando os 151 professores em atividade por ocasião do estudo 107 (71%) eram homens e 44 (29%) eram mulheres. Percebemos uma amostra equilibrada entre os gêneros considerando o universo dos professores.

A idade média dos professores entrevistados foi de 54 anos, sendo o mais jovem de 46 anos de idade e o mais idoso de 60 anos. O tempo de atuação na medicina foi, em média, de 23 anos e todos atuam como docentes desde o início da faculdade de medicina da Univali, ou seja, por mais de 13 anos.

Quanto à titulação, um tem doutorado (12,5%), três tem mestrado (37,5%) e quatro são especialistas (50%). Analisando apenas os médicos do corpo docente do curso de medicina, percebemos similaridade percentual da amostra, já que os doutores somam 13%, os mestres são 34% e os especialistas perfazem um total de 60%.

Quanto à área de atuação em suas respectivas especialidades, dois são clínicos, um cirurgião geral, um obstetra, um urologista, um endocrinologista e dois cardiologistas. Um tinha experiência em dar aula no curso de enfermagem como professor convidado por poucos semestres; um havia dado aula para ensino médio por dois anos e nenhum deles havia dado aula para curso de medicina ou em outro curso de nível superior.



Huberman (1995) analisou o ciclo de vida profissional dos professores de nível secundário. A construção do ser humano não é algo estático tão pouco mero fantoche de manipulação externa. Sua construção é algo plástico que resulta das interações entre os indivíduos de adaptações e de modelamentos, mesmo que dividirmos estas construções em fases elas serão sempre um processo de continuidade. Por isso é difícil integrar num grupo indivíduos que parecem partilhar traços em comum, mas cujos antecedentes ou meios sociais são diferentes. Mas a importância de estudar o percurso ou o ciclo de uma pessoa numa organização é compreender como as características dessa pessoa exercem influência sobre a organização e ao mesmo tempo é influenciada por ela, ainda que em nosso estudo possam existir ressalvas, já que se trata de professores do ensino superior.

Mas mesmo assim, situamos nossos entrevistados naquele que seria o terceiro ciclo de vida dos professores, descrito por Huberman (1995), cujos estudos indicam que a primeira fase, a entrada na carreira, é a fase de exploração que compreende, aproximadamente, os três primeiros anos de ensino. A essa fase se segue a fase de estabilização que é de quatro a seis anos de carreira, quando ocorre o compromisso definitivo com a docência.

A partir da fase de estabilização a carreira docente pode seguir diferentes caminhos: a fase de experimentação e diversificação ou a fase de questionamentos, que é dos sete aos 25 anos de carreira, fase esta que se encontram todos os sujeitos desta análise. Os docentes que seguem o caminho da experimentação fazem experiências com material didático, modos de avaliação, metodologia das aulas, constroem percursos de inovação pedagógica, são mais motivados, dinâmicos, participantes das mudanças, buscam novos desafios.

Foi possível documentar este sentimento positivo:

[...] outro fator que para mim foi bem legal, foi este estímulo que a gente teve...de passar a ter uma produção científica ...a ter uma interação com os colegas... e isso modifica o teu dia a dia. P7

Outros docentes, após a fase de estabilização, passam por “sensações de rotina e até de crise existencial” não passam por uma fase inovadora, questionam a própria trajetória, fazem um balanço da vida profissional, dos ideais e objetivos de início de carreira. Um professor, quando verbalizava sobre sua dinâmica de sala de aula, deixou transparecer este sentimento:

[...] embora a gente às vezes começa a ficar meio...meio repetitivo, se acomoda um pouquinho, assim com o tempo[...] P3

Mais duas fases encerram a carreira docente que são dos 25 aos 35 anos de carreira

advém a serenidade e às vezes o distanciamento afetivo, e no final da vida, como uma fase de desinvestimento caracterizando-a como um fenômeno de recuo e interiorização, mas que acredita não estar inteiramente demonstrada na carreira docente.

Desta forma os professores médicos deste estudo encontram-se nesta terceira fase a que Huberman se refere, todos com mais de dez anos de docência e mais de vinte anos como médicos. E quais foram os motivos que levaram estes médicos a assumirem a docência?

Buscando identificar a construção, o sentido e os saberes que cada professor dá em seu cotidiano à sua função docente, perguntamos a eles sobre “Quais foram as motivações que os levaram a ser professor do curso de medicina da Univali?” Constatamos que na totalidade dos entrevistados, nenhum tinha formação específica para a docência, e que como afirma Pimenta (2009) a profissão de professor, como as demais, emerge em dado contexto e momentos históricos como resposta a necessidades que estão colocadas pelas sociedades, adquirindo estatuto de legalidade. Neste estudo, o contexto era a abertura do curso de medicina da Univali e a necessidade de novos professores para seu funcionamento.

O surgimento do curso foi determinante para que alguns médicos assumissem a docência. Tinham sua atividade diária como médicos e pelas circunstâncias de abrir a faculdade de medicina na cidade aonde trabalhavam foram convidados para atuarem como professores, ainda que a docência não fizesse parte de seu plano de carreira ou de vida:

[...] pela circunstância de eu estar aqui, assim, foi uma coisa que eu não fui atrás dela, o fato de existir o curso é que me levou a ser docente. Não foi uma opção de ser docente [...] P8

[...] eu não tinha nenhuma intenção prévia de ser professor de faculdade de medicina, isso não estava na minha cabeça [...] P4

Nos últimos anos, muitas novas faculdades de medicina iniciaram suas atividades, como já nos referimos, e a faculdade de medicina da Univali não foi a exceção, como podemos perceber, nas declarações dos sujeitos, sendo o docência iniciada sem qualquer preparação prévia para exercer o cargo de professor. Esta discussão é amplamente respaldada nos estudos de ISAIA (2004), que aponta, entre outros, os seguintes elementos, para que os docentes do ensino superior não tenham formação específica para atuar nos respectivos Institutos de Nível Superior (IES): a não valorização do professor; a falta de consciência do docente de que, em grande parte, é sua a responsabilidade da formação de futuros profissionais; a falta de consciência da formação coletiva do pensar pedagógico, bem como,

de espaços que possam fomentar tal discussão, entre outros.

Assim, embasada nestes estudos, Isaia (2004, p.123) afirma que

o início da trajetória profissional/institucional dos professores observa que seu início é precário, à medida que assumem os encargos docentes, respaldados em pendores naturais e ou em modelos de mestres que internalizaram em sua formação inicial, aliados a conhecimentos advindos de determinado campo científico e da prática como profissionais, em uma atividade específica. Tais elementos impedem, em muitos casos, a consciência da importância dos processos de mediação pedagógica para a formação de futuros profissionais.

Tal dificuldade pode ser observada na narrativa deste professor que assumiu a docência sem qualquer preparo prévio para o início de sua atividade:

[...] tipo de situação que a gente não, não tinha conhecimento, não tinha vivido, eu me formei em 1987 e nunca tinha dado aulas antes. P2

Ainda que a motivação tenha sido circunstancial, e os entrevistados não tivessem formação pedagógica, isso não impede que cada profissional desenvolva sua atividade docente com afeto e muitas vezes com certa qualidade. Todo professor um dia teve sua primeira aula, e que pode não ter sido a ideal, mas a sua postura e o interesse pela docência podem favorecer o amadurecimento e a construção para tais habilidades, como assinala PIMENTA (2009, p.50):

uma identidade profissional se constrói a partir da significação social da profissão, da revisão constante dos significados sociais da profissão e da revisão das tradições. Mas também da reafirmação das práticas consagradas culturalmente e que permanecem significativas. Práticas que resistem a inovações porque prenes de saberes válidos às necessidades da realidade. Do confronto entre as teorias e as práticas, da análise sistemática das práticas à luz das teorias existentes, da construção de novas teorias. Constrói-se, também, pelo significado que cada professor, enquanto ator e autor confere à atividade docente no seu cotidiano a partir de seus valores, de seu modo de situar-se no mundo, de sua história de vida, de suas representações, de seus saberes, de suas angustias e anseios, do sentido que tem em sua vida o ser professor.

Uma situação curiosa que nos parece de domínio comum é que não raro escutamos as pessoas dizerem, por exemplo: sempre quis tocar violão! Mas já está com 40 anos e ainda não aprendeu, e nem tentou tocar o instrumento; outro diz: sempre quis velejar, mas ainda não tem o barco e se quer foi conhecer o mar! Outro ainda diz: sempre quis ser professor, mas já com mais de 40 anos nunca entrou em uma sala de aula ou outro ambiente para exercer a docência, nem procurou cursos para desenvolver tal prática. Fica evidente na fala de três

professores a simpatia e vontade que sempre guardaram em um dia ser professores, ainda que nenhum deles tenha exercido a docência à nível superior até sua entrada na Univali:

Sempre quis ser professora...sempre tive o prazer nisso...na docência...enfim...dai eu era “cdf” e tal...e tinha que fazer medicina, estava lá..gravado nas estrelas...dai fiz medicina e tal... e não me preparei para a docência. Fiz residência ao invés do mestrado. P5

[...] a docência, sempre vi isso assim...muito, pra mim parecia ser muito agradável [...] P7

[...] porque eu sempre gostei de ser professor...sempre quis ser professor, mas não (necessariamente) de medicina, mas posteriormente, quando surgiu a possibilidade de ser professor da faculdade de medicina, daí sim... foi dentro da minha área. P3

Talvez dentro da própria arte médica podemos encontrar uma explicação para esta atitude dos médicos professores. O ato educativo/prescritivo da consulta médica diária, em algum momento se confunde com a atividade pedagógica. Assim, formar-se médico e tornar-se professor de medicina parece ter sido um processo natural para aqueles que são médicos-professores. A naturalização da docência na medicina encobre uma realidade na qual a maior parte dos médicos que estão atuando como professores não teve qualquer formação pedagógica e talvez tenha dúvidas quanto a sua utilidade. Mostra uma verdade na qual o processo de tornar-se docente no curso de medicina é, para o médico, uma verdade inscrita na ordem das coisas, uma ordem natural de acontecimentos, em detrimento de um processo de formação docente e uma preparação para o exercício do ofício de ensinar. (SILVA, 2003)

Podemos documentar que apesar de não ter a formação docente, quando iniciaram suas atividades como professores, em quatro sujeitos, o desejo de capacitar-se ocorreu logo após seu ingresso na atividade docente:

[...] assim que nós entramos, a medida que a gente começou a dar aula, começamos também fazer um curso de Didática em Ensino Superior...P2

[...] que mudou pra mim foi o fato de eu ser docente levou-me a fazer uma pós, um mestrado, um doutorado [...] P8

[...] então fui fazer mestrado em educação depois, para me profissionalizar [...] P5

Identificamos um professor que tinha iniciado mestrado pensando em exercer a docência:

Sempre gostei da docência, e mesmo inconsciente (da abertura do curso) realizei meu mestrado em ciências médicas [...] P6

Em conformidade com as percepções de ISAIA (2004), são as declarações de quatro professores em que a entrada na docência possibilitou seu estudo e seu aperfeiçoamento. Esta percepção inter e intrapessoal efetivam-se em um docente consciente de sua atuação e responsabilidade de formador. É necessário o firme propósito de transformar-se, aperfeiçoar-se, instaurando ações auto formativas. Para ser professor é preciso querer e colocar em andamento um processo auto reflexivo, a fim de que as atividades educativas sejam conscientemente executadas e que se possa pensar e refletir no porquê, no como e no para que das mesmas.

[...] o fato de ser professor do curso ia me ajudar a manter uma atualização maior, não só da minha especialidade, mas da medicina como um todo [...] P7

[...] a gente também viu, eu particularmente, e muitos dos meus colegas, uma oportunidade de aprimoramento científico, técnico, enfim, abraçando uma nova atividade. P8

[...] eu aceitei a proposta, no intuito de adquirir mais conhecimento e transmitir também a experiência que eu já tinha [...] P1

[...] me despertou pra entrar na docência, porque eu tinha uma curiosidade, uma curiosidade e também por que...queira ou não queira, você sempre acaba crescendo, estudando, vivendo uma vida acadêmica[...] P4

Num estudo de caso Costa (2009), investigou a satisfação com a carreira docente de professores de medicina em relação à motivação inicial, fatores de satisfação e desejo de permanência da profissão. Concluiu além de outros achados, que a possibilidade de atualização profissional foi considerada como um fator de satisfação para exercer a docência.

Fato que pode nos levar a futuras considerações é que para nenhum dos sujeitos, assumir a docência foi um motivação para ensinar aos alunos, para a formação de futuros médicos. A verbalização principal esteve alicerçada na sua própria formação, no desenvolvimento de seus conhecimentos e da satisfação pessoal de “ser professor”.

Partindo desta análise preliminar, ser professor de medicina estaria associado ao crescimento pessoal. A docência na medicina poderia suscitar mudanças expressivas nas condutas e práticas diárias dos sujeitos que assumiram esta atividade e a desenvolvem por mais de dez anos. Vejamos no próximo capítulo, se esta atividade de professor de medicina foi capaz de influenciar na prática médica diária, além de desenvolver no médico a percepção dos saberes docentes necessários à sua prática.

## 5 - A DOCÊNCIA IMPLICANDO NA CONDUTA MÉDICA

O questionamento principal desta análise foi documentar as implicações que a atividade docente desencadeou, ou não, no profissional médico depois de mais de dez anos de atividade docente.

Dez anos ou mais somente de atividade médica e outro período de mais de dez anos como médico e também como professor do curso de medicina. Este cenário foi encontrado no curso de medicina da Univali, que em março de 2012 já contava com 14 anos desde a sua criação. Na grande maioria do seu corpo docente, a faculdade de medicina da Univali conta com professores domiciliados na cidade sede do curso, ou em cidades vizinhas, e que não tinham experiência com a docência, seja na área da medicina ou em qualquer outra. Com isso, nossa proposta foi avaliar se a atividade docente implicou em mudanças na sua prática médica diária. Cada sujeito da pesquisa teve a possibilidade de praticar a medicina em sua especialidade isoladamente por mais de dez anos consecutivos, seguido por um período de mais dez anos como médico e também como professor, já que todos os sujeitos desta análise são formados há mais de 26 anos.

Como já mencionamos, nenhum dos entrevistados tinha conhecimento prévio desta abordagem, de forma que a resposta à pergunta “você acha que a atividade de professor influenciou na sua atividade médica?” foi respondida prontamente após a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido, que também informa o objetivo deste estudo.

Independente da atividade que realizamos, fazer uma análise de mais de 20 anos de nossas vidas, poderia demandar algumas horas, ou dias e, muito provavelmente, poderíamos tirar várias indagações e conclusões ao final de tal empreendimento. Mas quando trazemos imediatamente à nossa consciência uma resposta, de um rápido questionamento, sem a sua racionalização, trazemos, na maioria das vezes, o sentimento real que possuímos sobre o objeto investigado. Então responder sobre a influência do exercício da docência é falar de algo que já foi construído, ou não, ao longo de sua atividade, e as respostas, ainda que sucintas, podem revelar o sentimento que cada sujeito traz da repercussão que a prática de ser professor operou em sua atividade médica.

A construção de um professor é algo progressivo e ininterrupto. Quando nos sentiremos realmente formados na arte ensinar? Esta preocupação é algo particular de cada

docente, mas é especialmente naqueles que se envolvem no processo de avaliação e reavaliação da sua atividade diária. Como afirma Freire (1996 p.12):

quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

Ao que nos parece, a pessoa que se propõe ensinar inevitavelmente aprende porque necessita primeiro sofrer a ação daquilo que irá supostamente ensinar. Mas pode ocorrer que o aluno não esteja tão interessado em aprender o que o professor pensa ensinar, o que não faculta ao professor não saber o que irá ensinar. Mas até o não querer aprender do aluno, ensina novamente o professor a como aprender um novo modo de ensinar. Assim, quem mais sofre a ação de aprender, na afirmação de Freire, é, ao que nos parece, quem se propõe a ensinar.

Por isso a docência pode fomentar no professor a possibilidade de reflexão *na e sobre* a ação, com isso permitir a ele tornar-se um investigador no seu espaço de trabalho. Ao refletir sobre o seu fazer, em um espaço específico, ele torna-se capaz de construir uma estratégia de ação mais adequada. O professor desenvolve, pela reflexão, a habilidade de utilizar o conhecimento científico, elaborar rotinas, experimentar hipóteses e recriar estratégias. (SILVA, 2003).

Cabe lembrar que nossa pergunta de pesquisa, como já mencionamos, solicitava que os entrevistados respondessem sobre as implicações que ocorreram na vida do médico depois que este assumiu a docência, após já ter atuado por mais de dez anos somente como médico e então também veio assumir a docência. Assim, os adjetivos referidos por Freire (1996) podiam estar presentes mesmo antes de sua atividade docente, e por isso não terem sido verbalizados, já que isto não caracterizaria uma mudança e sim a continuidade de uma qualidade que já poderia pertencer a cada docente. De qualquer forma, isso não lhes impediria de mesmo assim verbalizá-las.

Mas também poderíamos perguntar a qualquer pessoa, independente de sua atividade, o que modificou no seu trabalho ou em sua vida nos últimos dez anos. Poderíamos esperar as mais variadas respostas, mas provavelmente, a verbalização estaria relacionada com o que mais causou impacto na sua trajetória: mudei de emprego; fui promovido; fui demitido; casei-



me; separei-me; continuo casado; estou muito cansado; estou muito feliz; estou amadurecido; entendo mais as pessoas...enfim, se o fato é muito positivo ou negativo, muito provavelmente, seria verbalizado.

Ao expor a referida pergunta deste estudo, “você acha que sua atividade como professor influenciou na sua prática médica”, as respostas não foram unânimes. Para dois médicos, não houve hesitação ao pronunciar a resposta com um absoluto “sim”:

Com certeza absoluta! Eu acho que cresci muito como pessoa, como ser humano, e cresci até como profissional [...] P3.

Sem dúvida que influenciou! Isso certamente que sim [...] P7.

Mas também, como podemos documentar, na percepção de um professor até um absoluto “não”.

Olha, a minha conduta, enquanto médico, eu diria que não mudou. Atitude, postura, meu relacionamento com o paciente, meu modo de tratar, meu modo de trabalhar, minha visão da medicina enquanto profissão ela foi a mesma, eu não mudei. P8.

Mas como poderia alguém ensinar a outro, durante dez anos, sem nada aprender ou mudar? Freire (1996, p.12) diz que “ensinar inexistente sem aprender e vice-versa e foi aprendendo socialmente que, historicamente, mulheres e homens descobriram que era possível ensinar”. Assim a arte de ser médico, de atuar como profissional na área da saúde fica implícito que mudamos constantemente, quer queiramos ou não. Por isso

aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender. Não temo dizer que inexistente validade do ensino de que não resulta um aprendizado em que o aprendiz não se tornou capaz de recriar ou de refazer o ensinado, em que o ensinado que não foi apreendido não pode realmente ser aprendido pelo aprendiz. (FREIRE, 1996, p.12).

Os demais médicos esboçaram respostas, entre a dúvida e a racionalização. Será que eu mudei? Será que não?

Olha, eu acho.....vejo assim...a minha conduta...vamos dizer...talvez... não sei, a

conduta [...] P4

Então...quando eu li ali, parece simples de responder, e a primeira vontade é dizer sim, mudou. Mas depois eu fiquei pensando melhor, assim se a gente separar a conduta médica técnica, inclusive assim a relação...médico paciente que tem um pouco de técnica e um pouco de afeto já nela, eu acho que não mudou.... eu procuro me manter a mesma médica residente [...] P5.

No meu consultório acho que sou a mesma. Sempre procurei tratar os pacientes com respeito, então minha conduta clínica, eu diria que não mudou. Mas me sinto modificada pelos alunos, pela sua juventude e esta juventude nos contagia. P6

Alguma coisa muda, até porque a gente começa a...a estudar mais, porque as vezes a gente fica meio... meio parado [...] P2.

Conforme a entrevista foi se construindo, os sujeitos buscavam verbalizar as mudanças que ocorreram, quando foi o caso, ao longo dos anos de suas atividades como professores. No transcorrer de nossa análise registramos as respostas dos sujeitos e, na medida do possível, estabelecemos as relações, quando presentes, com aqueles saberes a que Paulo Freire (1996) qualificou como importantes para a prática docente.

Como havíamos nos proposto, nos deteremos naqueles onze saberes que julgamos mais pertinente para nosso estudo, lembrando que os demais saberes a que Paulo Freire se refere, e que aqui não são mencionados, se revestem de igual valor. Como também já nos referimos, não guarda aqui qualquer valor a ordem de apresentação, sendo assim dispostas pela forma como são abordados pelo autor.

## 5.1 - Rigoriedade metódica e Pesquisa

Entre as percepções mais facilmente identificáveis, das mudanças atribuídas pelos sujeitos pela prática docente, podemos documentar o aspecto de como a docência propiciou um despertar para novos conhecimentos e o rigor científico que esta atividade implicou nas suas vidas:

[...] houve uma... mudança assim... muito perceptível para mim, acredito que para outras pessoas também, mas para mim foi uma coisa fundamental. Eu adquiri novos conhecimentos, eu comecei a estudar mais, abriu-se um horizonte enorme, no sentido acadêmico, e também de questionar as condutas próprias, minhas, baseado mais agora, em dados científicos [...] P1

Então realmente... duas coisa eu acho importante dizer aqui...o estar atualizado, do ponto de vista do conhecimento, porque os alunos estão o tempo todo indagando e questionando....porquê... a gente aprende com eles... que as coisas estão mudando o tempo todo [...] P5

Toda atividade que desenvolvemos pode implicar em novos conhecimentos. Se tomarmos como exemplo uma pessoa que se disponha a não fazer nada por 30 dias, isso já implicaria num novo conhecer: ficar trinta dias sem nada fazer. Mas não é deste tipo de crescimento horizontal, em que nós apenas “inflamos” que nos tornará pessoas melhores. Mas sim, de um crescimento vertical, em que nos elevamos para novas compreensões de nossa historicidade e estes novos conhecimentos nos facultem um novo entendimento de nossa identidade e da função social que nossa atividade potencialmente pode trazer.

Assim, não basta apenas conhecer e ter novos entendimentos, construir mais máquinas e equipamentos. “Acumular conhecimento. Isso pode até ser inútil, pois muitos estarão superados em um curto espaço de tempo” (DIAS SOBRINHO, 2009, p.25). É especialmente importante ter a formação ética para que o conhecimento produzido esteja sujeito a críticas e possa, em última análise, servir para o desenvolvimento integral do ser humano.

Quando Freire (1996, p.15) argumenta sobre o conhecimento e desenvolvimento do pensar do professor ele nos diz

que pensar certo deixa transparecer aos educandos que uma das bonitezas de nossa maneira de estar no mundo e com o mundo, como seres históricos, é a capacidade de, intervindo no mundo, conhecer o mundo. Mas, histórico como nós, o nosso conhecimento do mundo tem historicidade. Ao ser produzido, o

conhecimento novo supera outro antes que foi novo e se fez velho e se "dispõe" a ser ultrapassado por outro amanhã. Daí que seja tão fundamental conhecer o conhecimento existente quanto saber que estamos abertos e aptos à produção do conhecimento ainda não existente. Ensinar, aprender e pesquisar lidam com esses dois momentos do ciclo gnosiológico: o em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente. A "discência" - docência-discência- e a pesquisa, indicotomizáveis, são assim práticas requeridas por estes momentos do ciclo gnosiológico.

Ensinar, aprender, pesquisar e estender este novo conhecimento para a comunidade, função primordial de toda universidade. A pesquisa sendo este instrumento rico para análises vem modificando também a história da medicina, trazendo novas descobertas e redimensionando a forma de ver o homem. Esta possibilidade de pesquisar e estudar foram expressas por dois docentes:

[...] melhorou um pouco mais a nossa visão, não só em nosso consultório como até em pacientes internados, então acho que até engrandeceu mais a gente na questão de conhecimento e pesquisa. P2

Um exemplo prático, o convívio com o ambiente universitário te estimula muito mais... a aprender, a revisar.. a trabalhar. Outra coisa que eu também... que eu gosto, e isso me propiciou uma interação maior, é a pesquisa clínica... ...eu tive participação em projetos de pesquisa, eu coordenei a pesquisa no curso de medicina durante dois anos... isso foi legal para mim [...] P7

Como já mencionamos, nem sempre um bom profissional em sua especialidade será um bom professor. Assim também poderia ocorrer entre ensinar e pesquisar. Pesquisar na prática docente é pesquisar a própria prática e é uma ação realizada com intencionalidade, que revela a própria prática do docente. Isso facultaria a ele rever a própria prática e seus resultados. Por isso Pimenta (2009) diz que um profissional competente é diferente de quem tem uma ocupação ou um emprego como professor. Quem tem um emprego executa de forma correta o ato técnico para que foi contratado (daí também decorre a ideia de que ser um bom técnico será um bom professor). Mas para ser um profissional da educação é preciso ter a capacidade de conceber e programar novas alternativas diante da crise e de problemas que surgem dentro da sociedade. PIMENTA (2009).

Quando Freire (1996, p.16) fala sobre a exigência da pesquisa para a docência, assevera que

não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que-fazer-se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo, educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

Ainda que dois sujeitos se manifestassem sobre a pesquisa em sua atividade docente, podemos perceber que não se aproximam da profundidade, tão pouco da repercussão que a pesquisa causou em sua prática diária como almejado na descrição dos autores acima arrolados. A profissão é algo que leva o sujeito a mudar seus objetivos, seus ideais e seus conceitos sociais. Assim, a abertura de grande número de escola possibilitou um crescente número de vagas para professor, convergindo para que um grande número de pessoas assumissem a docência. Porém, PIMENTA (2009, p. 41) diz que “somente na medida em que formos capazes de transformar um simples emprego ou “bico” em profissão é que estaremos contribuindo para a construção de uma categoria profissional significativa na sociedade, representativa e reconhecida por ela como tal”.

## 5.2 - Respeito aos saberes dos educandos

Um dos fundamentos do pensamento de Freire é a interação que podemos estabelecer entre o que vamos ensinar e o cotidiano dos alunos, suas construções e suas necessidades, como ele se refere:

porque não aproveitar a experiência que tem os alunos de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir, por exemplo, a poluição dos riachos e dos córregos e os baixos níveis de bem estar das populações, os lixões e os riscos que oferecem à saúde das gentes? Porque não estabelecer uma necessária "intimidade" entre os saberes curriculares fundamentais aos alunos e a experiência social que eles têm como indivíduos? (FREIRE, 1996, p.16)

A expressão de Freire (1996) que é uma alusão à pedagogia em geral, mas que podemos, e devemos aplicá-la especialmente no cotidiano da vida do médico, porque o aluno, mas em particular, os pacientes, sempre trazem suas “intimidades”, suas dores, seus conflitos suas deficiências e também suas qualidades para a reflexão do profissional médico. Então o médico pode argumentar: qual será a abordagem mais apropriada neste caso? Qual será o diagnóstico? Tenho de imediato a solução desta queixa? Muitas vezes o médico não tem uma resposta para o problema do paciente, tão pouco o professor de medicina para as dúvidas de seu aluno. Assim, o cotidiano da vida do médico e do professor de medicina podem ser ricos nestes saberes.

Não evidenciamos esta verbalização direta, de que os professores entrevistados buscaram em seus alunos seus saberes. Mas os alunos empregam nos professores, através de seus saberes implícitos como alunos de medicina, que os professores serão questionados sobre os seus conhecimentos e isto os motivou, ainda que com caráter de obrigação, a estudar mais:

[...] então isso nos obriga a estudar, então eu acho que os docentes estudam mais do que os médicos não docentes. P5

Acho que os alunos nos abrigam a ir mais atrás. P6

[...] e como tem muita cobrança dos alunos, você está sempre correndo atrás, sempre estudando [...] P2

Observamos assim que os alunos estão atuando sobre a prática diária do professor médico, porque imprimem neles um estado de vigilância, que quer queira ou não, são profissionais que estão se modificando porque “vão mais atrás”, “estão sempre estudando”. Mas não é esta a proposta a que se refere Freire (1996, p.19) quando diz que

ensinar exige a corporificação das palavras pelo exemplo. O professor que realmente ensinar, quer dizer, que trabalha os conteúdos no quadro da rigorosidade do pensar certo, nega, como falsa, a fórmula farisaica do "faça o que mando e não o que eu faço". Quem pensa certo está cansado de saber que as palavras a que falta corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem. Pensar certo é fazer certo.

Muitas pessoas desenvolvem suas atividades diárias, seu emprego, sua profissão ainda que não "a suportem". Então faltam ao trabalho, fazem errado propositadamente sua tarefa, danificam o material da empresa. Estes não praticam e nem respeitam a Lei. Há as que suportam seu trabalho, cumprem as regras, não faltam, mas durante sua atividade é um lamento contínuo de dor, de dificuldade de realizar esta ou aquela tarefa. São os que cumprem a Lei, mas não gostam dela. Mas há os vivem e amam a Lei em sua plenitude, estes pensam certos e agem certos. (ROHDEN, 2008). Estes são os que corporificaram as palavras pelo exemplo.

Podemos notar a preocupação dos professores em dar o exemplo, em corporificar suas palavras, mas talvez não da forma com ideologicamente o autor nos coloca, uma vez que há um caráter de "policiamento" que os alunos exercem para que a mudança ocorra:

E do ponto de vista também da conduta médica...quando você é professor, você tem a responsabilidade de ensinar para os alunos que estão chegando aí, você começa a se policiar nas tuas condutas também [...] P7

[...] vendo o paciente despido, na minha área (ginecologia e obstetrícia), ser analisado por três ou quatro alunos...tocam aqui, colocam ali, falam sobre câncer, sobre tumor, sobre prognóstico, como se fosse objeto, isso eu tenho me policiado [...] P3

Todos nós exercemos e sofremos os limites sociais, ora mais ora menos. No atual estágio de comportamento social que nos encontramos, o que os outros pensam de nós passa a ser mais importante para a execução de nossas atividades, do que o que nós efetivamente pensamos sobre um determinado ponto de vista. Daí talvez a necessidade da presença dos alunos – do policiamento - para que o médico tome a conduta mais acertada, ainda que talvez não seja necessariamente o seu íntimo desejo.

### 5.3 - Segurança, competência profissional e generosidade.

Ao longo da atividade médica, talvez como poucas outras profissões, somos convidados a demonstrar nossa segurança, nosso profissionalismo e nossa generosidade. A segurança está implícita na competência, então não se aplica a frase “com quem você acha que está falando”, já que sua prática será suficiente para evidenciar com quem estamos falando. (FREIRE, 1996). Nossa postura de humildade e de generosidade são os melhores instrumentos que temos para a prática da atividade docente, mas nós diríamos também, da prática médica. Ninguém pode ser humilhado quando já é humilde na sua forma de ser e agir. Este estado de humildade é que nos torna generosos e esta generosidade nos capacita a entender e compreender o semelhante. Esta força que o professor e o médico podem ter através da generosidade e da humildade, instrumentalizam os alunos a adquirirem a sabedoria, e aos pacientes, adquirirem a saúde e com isso sua autonomia, já que a ignorância e a doença não deixam de ser estados de dependência. Com isso Freire (1996, p.58) diz:

o essencial nas relações entre o educador e educando, entre autoridade e liberdades, entre pais, mães, filhos e filhas é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia. Me movo como educador porque, primeiro, me movo como gente. Posso saber pedagogia, biologia como astronomia, posso cuidar da terra como posso navegar. Sou gente. Sei que ignoro e sei que sei. Por isso, tanto posso saber o que ainda não sei como posso saber melhor o que já sei. E saberei tão melhor e mais autenticamente quanto mais eficazmente construa minha autonomia em respeito a todos outros.

Para um dos professores a atividade docente foi capaz de fazê-lo perceber que o universo de seu conhecimento era pequeno, e com tranquilidade expressou sua humildade, bem como a força necessária para se modificar, o que ocorreu ao longo de sua atividade:

[...] hoje eu tenho orgulho de mim, eu me orgulho do que eu sou hoje, da diferença pré e pós Univali, e esta diferença posso atribuir à atividade docente, porque minhas responsabilidades mudaram, porque de repente eu percebi que não sabia quase nada [...] P1

Esta constatação de pouco ou nada saber, que ao longo de nossas atividades vamos percebendo, é um sinal de que estamos aprendendo a nos conhecer e assim almejar nossa melhora, bem como vislumbrar novos e outros horizontes.



O bem agir, traduzindo-se, no caso do aluno, em seu progresso acadêmico e no paciente, no restabelecimento de sua saúde, ratifica a competência daqueles que os conduziram. Por isso Freire (1996) afirma que “não me é possível ajudar o educando a superar sua ignorância se não supero permanentemente a minha”. Para o professor de medicina acrescenta-se ao aluno, o paciente, que vê no seu médico também um exemplo a seguir.

#### 5.4 - Ensinar exige reflexão crítica sobre a prática

Com frequência em nossa atividade docente realizamos o seguinte questionamento aos alunos: o que estamos fazendo de errado hoje? Qual a conduta que tomamos que não foi a mais acertada? Qual a medicação que já não deveríamos mais usar? Muitas vezes os alunos nos olham com ares de estranheza. Estamos fazendo as coisas erradas? É claro que sim! Restam saber quais. Se exercermos nossa reflexão, vamos notar que muitas práticas que eram comuns no passado já não as realizamos mais, seja na medicina, na educação ou na engenharia, enfim, em qualquer atividade que estamos atuando, ainda que outrora tínhamos como conduta certa. O que nos levou a mudar foi nossa reflexão crítica sobre aquelas práticas.

Há certos princípios na medicina ou na educação que julgamos menos sujeitos as mudanças, como a ética, a afetividade e a compreensão, ainda que possam encerrar entendimentos diferentes. Mas do ponto de vista técnico, a medicina é rica em exemplos de mudanças, bem como na educação, analisando apenas os últimos anos. Estas mudanças são frutos da reflexão sistemática sobre a conduta de nossas práticas bem como dos resultados que delas emergiram.

Tomando como exemplo na medicina, o início do uso da pílula anticoncepcional na década de 50. Esta medicação revolucionou a vida da mulher e também de toda a humanidade. Porém, as primeiras pílulas apresentavam uma quantidade de hormônio que equivalem a mais de dez vezes as que são consumidas hoje, trazendo sérios efeitos colaterais, alguns deles levando até a morte. Os resultados e a prática médica diária propiciaram a reavaliação das doses daqueles hormônios lá empregados, e com esta reflexão permaneceram apenas os benefícios da anticoncepção, desaparecendo, quase na totalidade, seus malefícios.

Não é diferente na prática educativa. Há alguns anos, muitos educadores pensavam em aguardar o crescimento da criança até uma determinada idade, e que só aí estariam aptos para aprender. Hoje é de conhecimento geral que é preciso ensinar a criança assim que ela der sinais que está apta para tal, e isso facultará a ela um melhor crescimento e desenvolvimento.

Assim, das práticas emergem os erros que suscitam reavaliações das atitudes e destas análises surgem novos rumos que de novo mudam nossas práticas numa espiral contínua. Por isso que Freire (1996, p.22) nos diz que “É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”.

Quando buscamos nos sujeitos deste estudo para esta reflexão crítica, seja na prática médica diária seja no exercício da docência, encontramos elementos nas respostas que

sinalizam para os questionamentos das condutas, mais como reavaliação da prática médica do que da prática docente:

[...] e também essa coisa de derrubar as verdades, né... porque pra ser, ... pra ser professor de medicina... hoje... a gente tem que estar derrubando verdades o tempo todo. e.. e a gente fica com a mente mais aberta [...] P5

[...] na conduta médica...quando você é professor, você tem a responsabilidade de ensinar para os alunos que estão chegando aí, você começa a se policiar nas tuas condutas também – isso sem dúvida que acontece – é até natural que aconteça – seria de estranhar se não acontecesse. Então você passa a se policiar nas suas condutas, você passa a ter uma... assim...uma rotina mais rígidas. P7

[...] a gente se detém mais numa anamnese bem feitinha, até porque você tem que ensinar os alunos [...] P2

[...] eu comecei a estudar mais, abriu-se um horizonte enorme, no sentido acadêmico, e também de questionar as condutas próprias, minhas, baseado mais agora em dados científicos [...] P1

Mas a reflexão sobre nossas práticas não pode se restringir apenas às competências técnicas de bem executar ou não uma determinada cirurgia, ou de dar uma aula com um novo dispositivo audiovisual. Ter competência é diferente de ter conhecimento e informação sobre o trabalho, sobre aquilo que se faz. Competência pode significar ação imediata, refinamento do individual e ausência do político, diferentemente da valorização do conhecimento em situação, a partir do qual o professor constrói o conhecimento. E esta construção do conhecimento só será possível se partirmos de saberes anteriores, tomando as práticas como objeto de análise, confrontando-as com o que se sabe sobre elas em confronto com os resultados sociais que delas se esperam. Assim, os saberes são mais amplos, pois permitem que se critique, avalie e supere as competências. (PIMENTA, 2002, p.42)

Não encontramos nas narrativas dos professores analisados a palavra reflexão ou reflexivo. Ainda que as palavras questionamento, policiamento, derrubar verdades, possam ser atribuídas a atitudes de reflexão sobre a sua prática diária.

## 5.5 - Comprometimento

Não podemos ser professores sem que os alunos tenham de nós as suas impressões. Quando de alguma forma expomos nossos sentimentos, nossos gostos e nossas deficiências nos aproximamos dos alunos e, de alguma forma, estamos nos comprometendo com eles. E esta percepção que os alunos têm de nós é importante para o desempenho da atividade docente na visão de Freire (1996, p. 59) “daí, então, que uma de minhas preocupações centrais deva ser a de procurar a aproximação cada vez maior entre o que digo e o que faço entre o que pareço ser o que realmente estou sendo”.

A idéia de interagir com os alunos, de assumir um compromisso, de sentir a responsabilidade pelo ensino foi verbalizada pelos sujeitos:

Então junto com os alunos você...você se atualiza, você aprende, porque você também adquire uma responsabilidade de ensinar e transmitir, ... aliado a experiência de vida que você teve como médico, com clínica e com a responsabilidade de você estar formando pessoas. P1.

[...] mas na verdade sempre existem alunos que exigem muito mais da gente, tem que estar se aperfeiçoando [...] P3

Eu acho que os docentes estudam mais do que os médicos não docentes. P5

[...] não que os profissionais de forma geral, não se atualizam, mas os professores se sentem no dever de buscar, pelo menos, as dúvidas que os alunos suscitaram. P6

[...] quando você é professor, você tem a responsabilidade de ensinar [...] P7

O questionamento sobre a nossa própria prática é algo capaz de nos fazer constantemente melhores. Mas para que possamos fazer esta reflexão há que existir o comprometimento com o que estamos realizando. A memória do ser humano é eminentemente emocional. Gravamos os momentos que foram emocionalmente marcantes em nossas vidas, sejam positiva ou negativamente. “As emoções afetam as cognições e as cognições ampliam o leque de respostas possíveis e adequadas que um organismo pode dar em face de uma situação”. (PINTO, 1998, p. 17). Daí que para atuarmos como professores e poder influenciar

positivamente aos alunos faz-se necessário nosso comprometimento com a docência.

## 5.6 - Compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo.

Depois de centenas, senão milhares, de anos a medicina compreendeu que um ser humano é fruto da fecundação de apenas uma célula. Uma só. Com a primeira mitose serão duas, depois quatro, depois oito e depois milhares, até atingir a fantástica harmonia entre mais de nove trilhões de células articulando-se e possibilitando nossa vida. Todas com as mesmas capacidades, mas cada uma desempenhando seu papel específico. É a vida que pulsa.

Se uma destas células adotar uma postura equivocada, não respeitar as “regras” eis que surge o câncer, devastador, e não raro, determinante do final da nossa existência. Apenas uma dos trilhões de células existentes foi capaz de mudar o rumo da história da vida daquela pessoa.

Um professor no universo de milhares é muito pouco, ou quase nada. Como uma célula num corpo que possui trilhões é menos ainda, mas como vimos, pode fazer a diferença. O professor também pode fazer a diferença.

A postura do professor frente à educação é determinante nos seus rumos. Assumir uma posição, tomar uma postura, acreditar na prática educativa, sem autoritarismo, mas com autoridade, com liberdade, mas sem licenciosidade, sem discriminação, sem qualquer tipo de preconceito. Pensar que o conteúdo a ser ministrado é importante, mas mais importante é como será passado aos alunos, dentro de princípios éticos, com decência e cientificamente fundados. Tão importante quanto o ensino dos conteúdos é a prática coerente entre o que falamos, o que escrevemos e o que fazemos. (FREIRE, 1996).

Muitas vezes assumimos posturas equivocadas amparados em outras atitudes erradas. Se todos fazem errado acreditamos que também temos este direito e o mal se perpetua. Acreditar na força da educação é determinar um novo rumo na nossa história, é fazer nossa intervenção no mundo. O professor comprometido com o que faz tem a possibilidade de mudar, de melhorar e de progredir.

Então Freire (1996, p.70), diz que “os educadores críticos não podem pensar que, a partir do curso que coordenam ou do seminário que lideram, podem transformar o país. Mas podem demonstrar que é possível mudar. E isto reforça nos educadores a importância de sua tarefa político-pedagógica”.

Na verbalização dos sujeitos, esta sensação de educador que pode mudar o rumo da história não é evidenciada de forma ostensiva. Indiretamente eles estão mudando e seus alunos também:

[...] (o professor) passa a se policiar nas suas condutas, você passa a ter uma... assim... rotina mais rígida... e isso para o paciente é bom.. para a comunidade é bom, pro aluno que está tendo uma linha, uma diretriz., para ele é bom [...] P7

Eu penso que eu tenho mudado também, com relação assim a...a... aos cuidados, a fazer um prontuário adequado, prescrição adequada, isso é fruto da própria escola. P5

Não podemos negar que há um interesse na mudança, mas os dizeres não alcançam a dimensão que poderíamos almejar para a educação, como a grande mobilizadora política e social, que nos direciona para uma vida com mais harmonia, igualdade e autonomia.

São poucas as pessoas que se percebem como elementos únicos e, portanto insubstituíveis no contexto universal. Nossa influência certamente que é diminuta, mas nem por isso é inválida. E esta percepção não foi possível identificar nas narrativas dos sujeitos.

## 5.7 - Liberdade e autoridade

Dentre várias outras profissões, aos professores e aos médicos é atribuída grande autoridade pela natural necessidade que se revestem suas atividades. Esta autoridade se transforma em confiança e segurança nas relações a que se destinam, pois tudo o que o paciente deseja é que seu médico tenha segurança e sabedoria para conduzi-lo ao restabelecimento de sua saúde, bem como para o aluno, a tranquilidade de saber que seu professor lhe orienta para o caminho certo.

Precisamos ter grande cuidado para que a nossa autoridade não se transforme em autoritarismo e tão pouco nossa liberdade se converta em licenciosidade. Fatos não tão raros de presenciarmos tanto dentro da medicina como na docência. Autoridade que se reveste de generosidade e carinho, não impõe sua opinião, sabe respeitar seus alunos ou seus pacientes em suas formas de ver a vida, e os auxilia a assumir sua própria autonomia e responsabilidade na condução de suas vidas. (FREIRE, 1996).

Na expressão de Bueno (2007), fazendo menção a educação chinesa, comenta que o bom professor orienta seus discípulos sem arrastá-los; convida-os a avançar, mas não os coage; abre-lhes os caminhos, mas não força a caminhar. Orientando sem arrastar torna o aprendizado agradável; convidando sem coagir, torna o aprendizado fácil; abrindo o caminho sem forçar à caminhada, faz com que os alunos pensem por si mesmos. Ora, um homem que torna agradável e fácil o aprendizado e faz com que os estudantes pensem por si mesmos será o que se pode chamar de um bom professor.

Estimular o aluno a assumir suas responsabilidades é endereçá-lo à sua autonomia. E ninguém se torna autônomo da noite para o dia. “A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas” diz Freire (1996, p. 66).

A autoridade de que o médico e também do médico professor podem estar revestidos é aquela que advém do próprio conceito de autoridade que é a ascendência, a influência resultante da estima. Estima que nasce nas relações de confiança e de responsabilidade estabelecidas pelas partes. “A autoridade não é possível sem a liberdade e esta não existe sem aquela” finaliza Freire (1996, p. 68).

A autoridade médica e do professor, bem com a liberdade a que Freire se refere no sentido de gerar autonomia e a própria responsabilidade nos alunos, não foram verbalizadas direta ou indiretamente pelos sujeitos da pesquisa.



## 5.8 - Saber escutar

O momento em que os alunos de medicina iniciam o contato direto com os pacientes, que em nossa escola ocorre no terceiro ano da graduação, sempre é uma hora que se reveste de muita expectativa e ansiedade. Uma das primeiras tarefas do futuro médico é sentar ao lado de um paciente, normalmente já internado em um hospital e sob os cuidados de seu médico assistente, e fazer sua “primeira” anamnese.

Algo ansioso e com pouca prática inicia sua jornada na investigação dos males que acometem seu “primeiro” paciente. Depois de longos minutos, às vezes até horas, eis que finda sua primeira história, que com frequência, ainda carece de muitas complementações em futuros encontros.

Após dois anos realizando histórias sucessivas, chegam ao quinto ano da graduação, momento que estagiam na neonatologia. Em momentos que reservamos para análise de nossa conduta médica, costumamos perguntar aos alunos se por ocasião da suas primeiras anamneses, eles teriam ajudado a fazer o diagnóstico daquele paciente com quem conversaram ao que todos respondem que não. Primeiro porque o paciente já tinha um diagnóstico e segundo porque tinham poucos elementos para fazê-lo.

Como se tratava de uma atividade acadêmica, pergunto novamente se eles ajudaram aquele paciente ou se foi o paciente que os ajudou em sua tarefa. Todos novamente são unânimes em dizer que foi o paciente que os ajudou. Numa pequena análise chegamos a conclusão que escutar os pacientes a contarem suas histórias auxilia na sua formação médica. Mas é interessante notar que no final da graduação, no sexto ano, esta percepção não é mais evidente entre os alunos, eles agora julgam que é apenas o médico que ajuda o paciente.

Saber escutar deveria ser uma das principais qualidades de médicos e de professores. Num estudo de Caprara (2004), analisando a relação médico paciente em sua consulta, documentou que as consultas duravam, em média, *nove minutos*, mas com variação de *dois* a vinte quatro minutos. *Dois minutos* são realmente muito pouco tempo para se estabelecer uma relação e poder escutar. Aliás, saber escutar parece não ser mais atributo do médico, pois no mesmo trabalho de Beckman *et al.*, 1984, (apud Caprara, 2004) documenta que os médicos intervinham nas declarações dos pacientes após *15 segundos* de suas narrativas.

Na qualidade de professor, quem tem o que dizer, deve fazê-lo. Mas deve lembrar que não é o único que tem algo a dizer. Se apenas o professor falar, corre o risco de ficar falando sozinho, pois nunca deu ouvidos a quem sempre lhe escutou. E enquanto falava,

alguém silenciava para ouvi-lo, não sendo isso sinônimo de silêncio. Quem silenciava aguarda da mesma forma o momento de falar, pois quer ser ouvido. Saber escutar revela o respeito que se tem pelo outro em suas angústias, em seus saberes; escutar o educando em suas dúvidas, em seus receios, em sua incompetência provisória. E ao escutá-lo, aprendemos a falar com ele. (FREIRE, 1996).

Ainda que não encerre toda amplitude que o contexto se reveste, mas foi possível documentar a verbalização de um sujeito que ouvia seus alunos:

[...] o aluno diz alguma coisa... eu tenho a tendência a dizer: é mesmo! Aonde tu lestes isso? Vamos ler... porque... a gente aprende com eles né... que as coisas estão mudando o tempo todo [...] P5

Saber escutar é uma qualidade a ser perseguida pelos professores e médicos. Na verbalização dos alunos e dos pacientes encontrarão os motivos de sua prática. Não escutar é limitar o conhecimento apenas aquilo que nós sabemos. Mas o universo das coisas vai muito além da nossa limitada percepção. Escutar é crescer. Disse Hermann Hesse: “Para a arte de viver, é preciso saber a arte de ouvir, sorrir e ter paciência... sempre”.

Cabe a nós perceber a importância e a alegria de saber escutar. Todas as pessoas estão aptas para nos ensinar, pois todas sabem algo, como afirmam FREIRE, HORTON (2005, p.86).

Para sabermos, é preciso apenas estarmos vivos; assim as pessoas sabem. A questão é saber o que elas sabem e como sabem, e aprender a ensinar-lhes coisas que elas não sabem, mas querem aprender. A questão é saber se o meu conhecimento é necessário, porque às vezes não o é. Outras vezes é necessário, mas a necessidade ainda não foi percebida pelas pessoas [...]

Daí a necessidade de todo educador saber escutar seus educandos.

## 5.9 - Disponibilidade para o diálogo

Há uma importância capital em assumir uma postura frente aos alunos. Se sou a favor ou contra o aborto é importante para o aluno que ele saiba como eu penso sobre este tema e quais os motivos que fundamentam minhas escolhas. Da mesma forma se o aluno for contra ou favor ao aborto que ele possa argumentar sobre seu ponto de vista sem que necessite concordar comigo ou eu com ele. Mas há de haver o respeito das opiniões. Nesta relação se estabelece o diálogo, ponto fundamental das relações humanas e, com mais particularidade, nas relações médico paciente e professor aluno.

Abrir o canal para o diálogo é ter consciência de que sabemos pouco e menos ainda o que está sobre o nosso domínio. A opinião do outro é muito importante para o nosso crescimento, marco este fundamental no pensamento de Freire (1996 p. 86):

A experiência da abertura como experiência fundante do ser inacabado que terminou por se saber inacabado. Seria impossível saber-se inacabado e não se abrir ao mundo e aos outros à procura de explicação, de respostas a múltiplas perguntas. O fechamento ao mundo e aos outros se torna transgressão ao impulso natural da incompletude.

A medicina, especialmente nos últimos anos, vive um momento delicado no tocante à relação médico paciente e conseqüentemente na relação professor aluno de medicina. A tecnologia que invadiu os consultórios e hospitais sobrepujou a importância do diálogo. O médico não quer ouvir o paciente e o professor não quer escutar o aluno. Se isto está ocorrendo seria porque estes médicos professores se sintam já completos?!

Quando a medicina alopática dá sinais de grandes progressos, seria natural de se esperar que formas não convencionais de medicar – as ditas medicinas alternativas – caminhassem para o desaparecimento. Nos dias atuais, ocorre exatamente o contrário, tendo uma grande expansão deste segmento, muito provavelmente, porque nesta forma de tratamento a disposição para o diálogo é o ponto culminante do encontro. (CAPRARA, 2004).

Este diálogo, não explicitamente verbalizado, mas que indiretamente pode ser documentado na visão de um professor que se sentiu incompleto e com possibilidades de melhorar assumindo a docência:

[...] porque eu tinha medo (de assumir a docência), porque eu sempre fui um cara muito honesto comigo, então eu sabia que não sabia e tinha medo, mas

também havia uma parte minha que estava ávida por saber... e ai eu fui percebendo, logo no começo, que eu precisava aprender mais, a questionar mais minhas condutas [...] P1

Não é somente com palavras que estabelecemos um diálogo, e muitas vezes, é no silêncio que mais ocorre a comunicação. Freire (1996, p. 60) afirma que “precisamos aprender a significação de um silêncio, ou de um sorriso ou de uma retirada de sala [...] O espaço pedagógico é um texto para ser constantemente lido, interpretado, escrito e reescrito”.

Assim a relação médico paciente e professor aluno é um espaço eminentemente dialógico na qual as trocas podem ser intensas e ininterruptas na dependência das disposições dos atores que estão em cena. Esta importância também pode ser documentada no trabalho de Caprara (2004), observando que quanto maior foi o tempo de consulta (maior diálogo) melhor foi o atendimento, traduzido numa melhor anamnese, uma melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação do médico sobre a compreensão do paciente e a sua participação na consulta.

Nestas circunstâncias, de o médico escutar melhor os pacientes e o professor aos alunos, evidencia-se uma melhoria da qualidade dos serviços de saúde e da educação.

## 5.10 - Querer bem aos educandos

Quem nunca foi para uma aula com certo ar de tristeza e enfado, já antevendo o que lhe aguardaria nos próximos minutos ou próximas horas. Que aula chata! Este adjetivo da aula poderia estar vinculado ao aluno, ao professor ou a ambos.

Na essência dos objetos ou das relações, nenhuma coisa é boa ou ruim. Nós é que atribuímos estes valores. A relação que se estabelece entre o professor e o aluno, entre o médico e o paciente pode ser um ato afetuoso ou não. Que resulte em mudanças ou não. Nenhum professor irá ensinar sem que o aluno queira aprender. Nenhum paciente retomará a sua saúde só porque o médico assim decidiu.

O médico e o professor podem ser os catalisadores deste brilhante pensamento de Hermann Hesse: “Nada lhe posso dar que já não exista em você mesmo. Não posso abrir-lhe outro mundo de imagens, além daquele que há em sua própria alma. Nada lhe posso dar a não ser a oportunidade, o impulso, a chave. Eu o ajudarei a tornar visível o seu próprio mundo, e isso é tudo”.

De fato, não há um compromisso de que o professor obrigatoriamente tem de ensinar o aluno. Tampouco de que o médico é obrigado a “curar” o paciente. A relação que se estabelece é de afeto. Afeto no sentido realmente de interagir com o outro, de modificá-lo e modificar-se, de afetá-lo e afetar-se.

Cruz (2009) se propôs a documentar esta relação de afeto entre o médico e o paciente, mas que ocorreu na relação médico paciente e aluno, já que quem evidenciou estas implicações de afeto, num primeiro momento, foram os alunos de medicina do último ano de graduação. Assim, podemos dizer que os sujeitos arrolados naquele trabalho, estabeleceram uma relação de afeto e alegria nos encontros com seus pacientes e seus alunos, “afetando-se”.

Poucas profissões se revestem de tão importante atributo afetivo como os professores e médicos. Nem sempre o paciente está em condições de entender todo tratamento “amargo” de que precisa receber muito menos o aluno consegue ver atitude afetiva quando o professor lhe chama atenção para um determinado comportamento. Por vezes, podem levar anos para que o aluno ou o paciente entendam aquele ato. Mas o médico e o professor, que estão cientes de seus atributos, desempenham sua atividade com carinho e afeto, a despeito daquela visão momentânea que seus pupilos emitem sobre ele.

Passado aquele momento de dor, seja o aluno, seja o enfermo, conseguem perceber a atitude afetuosa em que estavam envolvidos e que suas vidas tomaram outros rumos ancorados naquelas posturas, ou do professor ou do médico. Por isso enfatiza Freire (1996, p.90):

É digna de nota a capacidade que tem a experiência pedagógica para despertar, estimular e desenvolver em nós o gosto de querer bem e o gosto da alegria sem a qual a prática educativa perde o sentido. É esta força misteriosa, às vezes chamada vocação, que explica a quase devoção com que a grande maioria do magistério nele permanece...

A atividade docente pode despertar este sentimento de alegria, do professor ser competente em seus saberes, de interagir com os alunos, assim como o médico alegrar-se, não somente por ter feito o diagnóstico correto, mas especialmente, baseado em suas informações, ver o paciente assumindo uma nova postura que o levará a cura e a uma vida melhor.

Apenas um docente fez menção a relação afetiva que pode ocorrer entre o aluno, o paciente e o médico:

[...] como pessoa... dois sentidos (mudaram): afetivo, de estar aberta as coisas novas... E no sentido de estudar..., eu imagino que eu estudo muito mais hoje porque a gente tem os alunos [...] P5

O trabalho de ensinar, e também de “curar”, são atos educativos, e têm tudo para ser o melhor e ao mesmo tempo um tipo de trabalho muito delicado em termos psicológicos. Melhor porque há certa autonomia no processo de ensino, em criar, explorar, acelerar ou retardar o ritmo, definir estratégias; Por outro lado, ainda que não tenha a obrigação de ensinar, no caso do professor, ou de curar, no caso do médico, fica implícito que, se nenhum aluno aprende, algo não vai bem com este professor ou se todos os pacientes morrem, algo de errado há com este médico. Para que o trabalho seja efetivo e atinja seus objetivos, a relação afetiva necessariamente tem que ser estabelecida e assim os resultados serão favoráveis. (CODD, 2002)

## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos dizer que toda pesquisa encerra dúvidas, incertezas e vontades que são construídas nas reminiscências do pesquisador. Seu trabalho é explorar e documentar se sua hipótese se reveste de fundamento, tentando prová-la ou refutá-la.

Neste sentido, documentamos parte da história de oito professores do curso de medicina da Univali, que assumiram a docência quando da abertura daquele curso e que não tinham experiência como professores no ensino superior.

Como já arrolado, nossa aspiração era especialmente documentar se a atividade de ser professor de medicina, exercida por mais de 10 anos, seria capaz de implicar na atividade da prática médica diária, e se fosse, em que aspectos, além de registrar quais foram os principais motivos que levaram estes médicos a assumirem a docência no curso de medicina.

Nenhum dos professores tinha como pensamento prévio ser um dia professor do curso de medicina, ainda que pensassem em um dia ser professor. Assim, o que mais os motivou a ser professores do curso de medicina foi a ocasião. Trabalhavam num local em que abriu o curso de medicina o foram convidados para atuar como docentes, mesmo que não tivessem a formação pedagógica para tal. Curiosamente, nenhum dos professores verbalizou que assumiu a docência para ensinar. Suas principais motivações foram o prazer pessoal de dar aulas, a busca pelo seu aprimoramento científico e a possibilidade de novos conhecimentos.

Ainda que tenha sido a ocasião, um dos principais motivos para assumir a docência, ninguém permanece mais de dez anos realizando uma atividade apenas por ocasião. Há vários motivos que estão envolvidos e implícitos no processo da docência de nível superior. São elementos de valores, interesses e poder, que de alguma forma, mantém o médico, e os demais profissionais de outras áreas, vinculados a atividade docente de nível superior. Mas estes aspectos poderão ser tema para outros estudos e que nossa análise não tem elementos para maiores discussões.

De alguma forma, todos os médicos professores se sentiram modificados em algum aspecto por desenvolverem a atividade de professor. Porém, aqueles aspectos notadamente verbalizados, estavam associados com a possibilidade de se aprimorar em sua especialidade,

adquirindo mais conhecimentos e na realização de pesquisas dentro da medicina, os quais se enquadraram dentro dos saberes da Rigoriedade Metódica e da Pesquisa.

Nos demais saberes propostos neste estudo, ainda que pequenas citações puderam ser arroladas, mas não atingiram a dimensão a que Paulo Freire atribui à docência.

Assim, no presente estudo podemos concluir que as implicações da docência médica na prática médica diária, mesmo exercida por mais de dez anos, configuraram-se como muito frágeis e pouco representativas. Os professores de medicina se configuraram mais como médicos atuando em suas especialidades na presença de alunos, do que como professores que concebem a docência em toda sua amplitude, especialmente quando associada aqueles saberes a que Paulo Freire se refere.

O médico, neste caso, ao exercer sua atividade cotidiana como profissional liberal, estaria “permitindo” que futuros profissionais médicos aprendessem com ele a arte da medicina.

Como já podemos documentar, na grande maioria das escolas médicas, esta parece ser a regra. Não há um grande interesse pela docência entre os médicos. Este cenário poderia ser atribuído a pouca valorização social e financeira que os professores vem recebendo pelas políticas de educação. Nas universidades e nos países em que a docência foi colocada como uma prioridade, com ênfase na valorização do professor e sua boa remuneração, são os países que mais prosperaram, em todos os aspectos, nas últimas décadas, como é o caso da Coreia do Sul, Finlândia, Holanda entre outros.

A docência de nível superior necessita caminhar para a sua profissionalização. O que inclui sua formação pedagógica específica, um plano de carreira claro e objetivo e salários atraentes, para que o professor não necessite de dupla jornada de trabalho ou outra atividade para complementar sua renda.

Enquanto a profissionalização da docência não vem, talvez fosse a Universidade quem devesse assumir uma forma de capacitação “compulsória” a todos os docentes, em suas respectivas áreas, especialmente em se falando do ensino superior. As contratações não deveriam se embasar apenas em sua titulação técnica, mas na sua formação e capacidade pedagógica específica, e quando da sua ausência, oferecer condições para a sua capacitação antes de assumir a docência, bem como meios efetivos de sua formação continuada.



Se tomarmos como referência os saberes aqui arrolados por Paulo Freire, uma parte dos professores deste trabalho não fez ao menos sua menção, sem considerar os outros saberes que aqui não foram desenvolvidos, mas que se revestem de grande importância para a docência. Estes saberes, embasados em Paulo Freire ou em outro estudioso da educação, são ferramentas fundamentais para o bom desenvolvimento da prática docente. Como ser um bom professor sem sua devida formação?

Também temos a consciência que não basta apenas boas intenções e uma formação adequada do professor para que o ensino de nível superior seja de boa qualidade e efetivo. Com discutido, especialmente por Fauerwerker (2002), transformar o processo do ensino superior, em especial e neste caso, a medicina, envolvem a mudança na concepção de saúde, passando por uma nova compreensão das relações entre os médicos, pacientes e os demais profissionais da área, bem como com a concepção de educação, produção de conhecimento e práticas docentes.

Notamos também que na literatura consultada, não foi notificado estudos com as mesmas características que pudessem ser comparados ao nosso, tão pouco em outras áreas do conhecimento como, por exemplo, a docência na odontologia e implicações para a prática odontológica, ou ainda, a docência na engenharia e as implicações na construção civil.

Guardada as limitações deste estudo, acreditamos que ele possa contribuir para a reflexão do professor de ensino superior. Num primeiro momento para a classe médica que vem assumindo a docência. Num segundo, que seja um estímulo para explorar estas repercussões da docência em outras áreas do conhecimento.

## REFERÊNCIAS

ABEM. Associação Brasileira de Ensino Médico. Disponível em: <<http://www.abam-educmed.org.br/cinaem.php>>. Acesso em: 20 de outubro de 2011

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, N.A; SILVA, S.H.S. **O professor de medicina**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

BRASIL. Ministério da educação. Conselho nacional de educação câmara de educação superior. **Resolução Nº 2, DE 18 de junho de 2007**. Disponível em <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/rces002\\_07.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/rces002_07.pdf)> Acesso em 17 de abril de 2012.

Diário Oficial da União. Brasília, DF, v.149, n.73, 16 de abril de 2012. Disponível em <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=16/04/2012>> Acesso em 17 de abril de 2012.

BUENO, A.S. Liji . **Sobre a educação**. Disponível em <<http://china-antiga-didatica.blogspot.com/2007/07/texto-de-apoio-02-liji-sobreeducacao.htm>> Acesso em 09 de fevereiro de 2012.

BUENO, R.R.L.; PIERUCCINI, M.C. **Abertura de escolas de medicina no brasil**. relatório de um cenário sombrio. Março 2005. Disponível em: <[http://www.amb.org.br/escolas\\_medicas/EscolasMedicas3008.pdf](http://www.amb.org.br/escolas_medicas/EscolasMedicas3008.pdf)> Acesso em: 25 de outubro de 2011.

BUENO, S. et al. Histórias de vida e autobiografias na formação de professores e profissão docente (Brasil, 1985-2003). **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 32, n. 2, p. 385-410, mai/ago., 2006.

BULCÃO, L.G; SAYD, J.D. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13 n.1, p. 11-38, 2003.

CANUTO, A.M.M.; BATISTA, S.H.S.S. Concepções do processo ensino-aprendizagem: um estudo com professores de medicina. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 33 n. 4, p. 624-32, out./dez. 2009.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso) Acesso em 15 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.

- CARABETTA, V.J; CURYM. C. F. S. A contribuição da coordenação pedagógica na escola de medicina. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 44-51, jan./abr., 2007.
- CAVACO, M.H. Ofício de Professor: O Tempo e a mudança. In: NÓVOA, A. **Profissão professor**. 2. ed. Porto, PO: Porto Editora, 1995.
- CONSELHOS de Esculápio. Disponível em < [http://www.fcml-curso73-80.com/livro\\_curso/esculapio.pdf](http://www.fcml-curso73-80.com/livro_curso/esculapio.pdf)> acesso em 23 de março de 2012.
- CODO, W. GAZZOTTI, A.A. Trabalho e afetividade. In: CODO, Wanderley (org). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- COSTA, N.M.S.C. **A formação e as práticas educativas de professores de medicina: uma abordagem etnográfica**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2005.
- \_\_\_\_\_. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, abr. 2007.
- \_\_\_\_\_. Satisfação profissional de docentes de medicina: um estudo de caso. **Rev. bras. educ. med.** v. 33, n. 3, p. 339-48, Rio de Janeiro, Jul/Set. 2009.
- COSTA JR, V.H.S. Desafio da formação pedagógica dos professores na aprendizagem baseada em problemas do curso de medicina da PUCPR. Dissertação (mestrado).2005.
- CRUZ, D.V.N. **Ensino de medicina baseado em afetividade [manuscrito]: a filosofia de Espinosa na educação médica**. Universidade do Vale do Itajaí. Dissertação (mestrado). 2009.
- CRUZ, K.T. **A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP 2004.
- CUNHA, M.I. **O Professor universitário na transição de paradigma**. 2.ed. Araraquara: Junqueira&Marin Ed., 2005.
- DIAS SOBRINHO, J. Professor universitário: contextos, problemas e oportunidades. In: CUNHA, Maria Isabel da; SOARES, Sandra Regina; RIBEIRO, Marinalva Lopes (Orgs). **Docência universitária: profissionalização e práticas educativas**. Feira de Santana, BA: UEFS Ed. 2009.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui.** Fundação Carlos Chagas, n. 115, p. 139-154, mar. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 04 de agosto de 2011.
- EDLER, F.; FONSECA, M.R.F Proliferação das escolas médicas - aumento do número de médicos formados. **Cadernos ABEM**, v.2, p.26-27, jun. 2006.
- FERREIRA, R.A. Sociologia da Educação: uma análise de suas origens e desenvolvimento a partir de um enfoque da sociologia do conhecimento. **Revista Lusófona de Educação**. Lisboa, 7, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n7/n7a07.pdf>> Acesso em 16 de fevereiro de 2012.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica**. Processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002

FILHO, O.C.S.; NAUJORKS, M.I. O Professor de Medicina da UFSM no Contexto do Mal-Estar Docente. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.34-40, jan./abr., 2005.

FLEXNER A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4) Reproduzido em 1972.

FONTANA, R.A. C. **Como nos tornamos professoras?** 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan, 2008.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. saberes necessários à prática educativa. 1996. Disponível em: <[http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia\\_da\\_autonomia\\_-\\_paulofreire.pdf](http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_da_autonomia_-_paulofreire.pdf)>. Acesso em: 22 de setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P.; HORTON M. **O caminho se faz caminhando**: conversas sobre educação e mudança social. 3 ed. Petrópolis, Vozes, 2005.

GADOTTI, M. **História das idéias pedagógicas**. São Paulo: Editora Ática, 1999.

GODOY, A.S. Pesquisas qualitativas tipos fundamentais. **Rev. adm. de Empres.** São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

HUBERMAN, M. O ciclo de vida profissional dos professores. IN: NÓVOA, Antonio (org.). **Vida de professores**. Porto, PO: Ed. Porto, 1995.

IBGE – Instituto de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 16 de outubro de 2011

\_\_\_\_\_. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n.25, 2009.

ISAIA, M.A; BOLZAN, D.P.V. Formação do professor do ensino superior: um processo que se aprende? **Educação**, Santa Maria, v. 29, n.2. p. 121-133, dez. 2004.

JESUITAS BRASIL. Jesuítas no Brasil. Disponível em <<http://www.jesuitas.com.br/publique/web/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=18>> acesso em 12 de fevereiro de 2012.

JUNIOR, L.S.M.S. Ética do professor de Medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v.10, n.1, nov. 2009. Disponível em <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/198](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/198)> Acesso em: 24 Jan. 2012.

MASETTO, M.T. Discutindo o processo ensino/aprendizagem no ensino superior. In: MANCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. (Coords.). **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MINAYO, M.C.S. Quantitativo-qualitativo: contradição ou complementaridade? **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262. ago./set.1993.

MONTALTI, E. **Cem anos após publicação, relatório Flexner continua atual**. Disponível em <<http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/cem-anos-ap%C3%B3s-publica%C3%A7%C3%A3o-relat%C3%B3rio-flexner-continua-atual>> Acesso em 15 de maio de 2012.

MORAES, M.C. **O paradigma educacional emergente**. 13. ed. Campinas: Papirus, 2007.

MORAN, J.M. **A educação que desejamos: novos desafios e como chegar lá**. Campinas: Papirus, 2007. Disponível em: <<http://www.eca.usp.br/prof/moran/aprend.htm>>. Acesso em: 12 de outubro de 2011.

MOURA, P.A. Prefácio do tradutor. In: SCHWEITZER, Albert. **Decadência e regeneração da cultura**. São Paulo: Melhoramentos, 1948.

NASSIF, A.C.N. **2010 e as escolas de medicina: escolas médicas do Brasil**. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/quem.php>>. Acesso em: 28 de setembro de 2010.

OLIVEIRA, N.A. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros**. Tese (doutorado) - Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociência e Saúde, Rio de Janeiro, 2007.

OS CONSELHOS de Esculápio. Disponível em <[http://www.fcml-curso73-80.com/livro\\_curso/esculapio.pdf](http://www.fcml-curso73-80.com/livro_curso/esculapio.pdf)>. Acesso em 23 de março de 2012.

PAGLIOSA F. L.; DA ROS, M.A. Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 32 n.4, p 492-499, 2008.

PIMENTA, D.T; RIBEIRO, V.M.B; COSTAS, E.Q. Pós-graduação stricto sensu em Medicina: como está a formação pedagógica. **RBPG**, Brasília, v. 7, n.14, p. 559 - 573, dez, 2010.

PIMENTA, S.G. A profissão professor universitário: processo de construção da identidade docente. In: CUNHA, Maria Isabel da; SOARES, Sandra Regina; RIBEIRO, Marinalva Lopes (Orgs). **Docência universitária: profissionalização e práticas educativas**. Feira de Santana, BA: UEFS Ed. 2009.

PINTO, A. C. O impacto das emoções na memória: alguns temas em análise. **Psicologia, Educação e Cultura**, Porto, v.2, n.2, p. 215-240.

\_\_\_\_\_. Professor reflexivo: construindo uma crítica. In: PIMENTA, Selma Garrido; GHEDIN, Evandro (Orgs.). **Professor reflexivo no Brasil** gênese e crítica de um conceito. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A; LIMA, M.C.P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** São Paulo, v6, n11, p.107-16, ago. 2002.

RIBEIRO Jr., W.A. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o "pai da medicina". **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003.

ROHDEN, H. **Novos rumos para a educação**. São Paulo: Martin Claret, 2005  
 \_\_\_\_\_. **Filosofia contemporânea**. São Paulo: Martin Claret, 2008.

\_\_\_\_\_. **Educação do homem integral**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

SANTOS FILHO, J.C. & GAMBOA, S.S. (Orgs) **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SCHRAIBER, L.B. Histórias de médicos: vida de trabalho entre a prática liberal e a medicina tecnológica. **História, ciências, saúde**. v. 4 n 2, jul/out. 1997.

SILVA, J.G. **Educação médica – construindo a professoralidade**. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

SILVA, P.L. **Breve Histórico**. Disponível em  
 <[http://www.abe1924.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=63&Itemid=27](http://www.abe1924.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=27)>. Acesso em 19 de fevereiro de 2012.

SOARES, S.R. A profissão professor universitário: reflexão acerca da sua formação. In: CUNHA, Maria Isabel da; SOARES, Sandra Regina; RIBEIRO, Marinalva Lopes (Orgs). **Docência universitária: profissionalização e práticas educativas**. Feira de Santana, BA: UEFS Ed. 2009.

TAMOSAUKAS, M.R.G. **De médico especialista a professor de medicina: a construção dos saberes docentes**. 134p Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Educação e Letras, São Bernardo do Campo, SP, 2003.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

TRIVINÕS, A.N.S. Três enfoques na pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. In: **Introdução à pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, cap. 2

UNIVALI. **Universidade do vale do Itajaí**. Disponível em  
 <<http://www.univali.br/modules/system/stdreq.aspx?P=58&VID=default&SID=893386186373787&S=1&A=close&C=29183>>. Acesso em 26 de março de 2012.

Universidade Federal de Santa Catarina. **Exposição 45 anos da UFSC**. Disponível em  
 <<http://antiga.ufsc.br/paginas/historico.php>> acesso em 07 de fevereiro de 2012.

**ANEXO A****CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
\_CPF \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local \_\_\_\_\_ e  
data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito ou Responsável:

Telefone \_\_\_\_\_ para  
contato: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: Roque Antônio Foresti

Telefone para contato: 47 – 3348-3666 e 9987-5674.

## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “Atividade docente no curso de medicina: implicações para a conduta médica”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Atividade docente no curso de medicina: implicações para a conduta médica, tem como objetivo analisar quais os motivos que levaram os médicos a assumir a atividade docente, e se, pelo fato de serem professores do curso de medicina, ocorreram modificações no exercício de sua prática médica diária. Para tanto, será realizado uma entrevista entre eu e você, que será gravada e posteriormente analisada e transcrita, e ao final, será apresentado a você para que se certifique da veracidade de sua explanação, podendo modificá-la a qualquer momento sem qualquer constrangimento.

Se em algum momento, você se sentir de alguma forma prejudicado, física ou psicologicamente, terá toda liberdade de solicitar sua exclusão deste trabalho. A princípio realizaremos apenas uma entrevista, que você determinará um dia do mês de janeiro ou fevereiro de 2011, bem como sua duração, sendo inteiramente sigilosa. Esta atividade não será remunerada.

Entendemos que sua participação neste estudo é de fundamental importância, pois você é um professor muito importante do curso de medicina da Univali, e através de sua entrevista, poderemos documentar a importância de sua atividade nesta instituição.

Ao final deste estudo, você será convidado, juntamente com seus colegas que participarão deste estudo, para uma confraternização, em devolveremos os resultados aqui obtidos. Também levaremos ao conhecimento dos demais colegas em reunião científicas de nossa instituição.

Roque Antônio Foresti – Pesquisador

Assinatura \_\_\_\_\_