



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO**

KLEBER AUGUSTO FERNANDES DE MORAIS

**DA PEDAGOGIA DO ACASO À PEDAGOGIA DA *PRÁXIS*: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE DOCENTES MÉDICOS EM PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO**

Belém-PA

2016

KLEBER AUGUSTO FERNANDES DE MORAIS

**DA PEDAGOGIA DO ACASO À PEDAGOGIA DA *PRÁXIS*: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE DOCENTES MÉDICOS EM PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Instituto de Ciências da Educação, da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação, sob a orientação da Profa. Dr. Ivany Pinto Nascimento.

Belém-PA

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas
da UFPA

Morais, Kleber Augusto Fernandes de, 1976-

Da pedagogia do acaso à pedagogia da práxis : representações sociais de docentes médicos em processo de ressignificação / Kleber Augusto Fernandes de Moraes.

- 2016.

Orientadora: Ivany Pinto Nascimento; Coorientador:
Francisco Valdinei dos

Santos Anjos.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém, 2016.

1. Professores de medicina - Formação - Pará. 2. Medicina - Estudo e ensino - Pará. 3. Medicina - História - Pará. 4. Representações sociais. I. Título.

CDD 22. ed. 610.71

**DA PEDAGOGIA DO ACASO À PEDAGOGIA DA PRÁXIS: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE DOCENTES MÉDICOS EM PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO**

por

KLEBER AUGUSTO FERNANDES DE MORAIS

Tese submetida à avaliação,
como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação.

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a): Profa. Dr. Ivany Pinto Nascimento
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Avaliador(a) Externo (a): Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes
Soares Ornellas Farias
Universidade do Estado da Bahia (UNEB) (PPGEDUC)

Avaliador(a) Interno (a): Prof. Dr. Salomão Antônio
Mufarrej Hage
Universidade Federal do Pará (UFPA) (PPGED)

Avaliador (a) externo (a): Prof^a. Dr^a. Ivanilde
Apoluceno de Oliveira
Universidade do Estado do Pará (UEPA) (PPGED)

Avaliador (a) Interno (a): Prof. Dr. Francisco Valdinei
dos Santos Anjos
Universidade Federal do Pará (UFPA) (PPGED)

Apresentado: _____

Belém, ____ de _____ 2016.

“Para cinco pessoas que habitam meu coração e sob as quais deponho todos os meus mais nobres sentimentos e valores, pois me fortalecem com suas presenças em minha vida:

A minha orientadora, por sempre acreditar em mim.

A minha esposa, por estar sempre ao meu lado, ser uma parceira de vida pessoal, profissional e acadêmica.

A minha avó, por fazer de mim o que sou hoje.

A minha filha, por me ensinar algo novo a cada dia e ao meu filho, que torna meu dia mais feliz com seu sorriso.

E a todos os professores médicos, pesquisadores e profissionais de saúde, atuantes no Brasil, que contribuem com a sua profissão de ensinar a tratar as doenças e cuidar dos indivíduos e transformam as suas práticas de saúde em um continuum ato de educar”.

AGRADECIMENTOS

Talvez apenas com palavras não consiga agradecer o apoio e a confiança depositada em mim, por um grupo tão especial de pessoas. Mas não poderia deixar de destacar a força maior que transcende o universo, bem como meus entes queridos e amigos que sempre estiveram ao meu lado em todas as horas.

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, que me deu a vida, impulsionou meus atos e sempre me conduziu no caminho da verdade, bondade e sabedoria, mesmo quando as batalhas pareciam ser impossíveis de serem vencidas.

A meu pai, Agostinho Ramos de Moraes e a minha mãe, Cristina Maria Fernandes de Moraes (in memoriam), por terem me dado o dom da vida e me amado durante sua estadia neste plano terreno, cada um ao seu modo e ao seu tempo.

Aos meus irmãos, Klayton, Tinho, Leandro, Suellem e Naylana, por me fazerem crescer na tolerância e no reconhecimento das diferenças.

A minha avó, Maria de Nazaré Ramos de Moraes, por me amar incondicionalmente e doar sua vida ao longo desses anos para a transformação da minha.

A minha tia irmã Socorro, que sempre torce pelo meu sucesso e vive as minhas vitórias.

As minhas tias Ana Maria, Antônia e Vitória, por me fazerem especial com seu carinho e afeto.

Aos meus primos Lúcio, Cecíliane, Guga, Amarilis e Amarildo, por sempre transformarem nossos encontros em momentos de alegria. Por

meio deles, estendo também esses agradecimentos aos seus esposas, Karen, France, Roberta, Wellington e Ewerton.

Ao mais importante núcleo de pessoas de minha vida, sob as quais vivo, trabalho, sonho e luto todos os dias, MINHA FAMÍLIA: Talita, Luísa e Heitor.

Também gostaria de agradecer a um seletivo grupo de pessoas, ao qual posso chamar de AMIGOS, visto que me fortalecem nos momentos de tristeza, sendo estes: Denys, Cristiano, Bené, Fábio, Mateus, Clodoaldo, André, Aleron, Edson, Kaled, Cleber, Ruan, Ramon, Cláudio, Vanessa, Tháís, Carla, Kely, Keyla, Sharon, Haila, Larissa, dentre outros que continuam a alegrar meus dias.

Não poderia deixar de registrar as amizades construídas ao longo de meu percurso docente e acadêmico, por intermédio do grupo de Estudos e Pesquisas sobre Juventude, Representações Sociais e Educação (GEPJURSE), onde conheci pessoas que se tornaram importantes para o meu crescimento pessoal, sendo estas: Marcelo, Sônia, Degiane, Ednardo, Arlete, Francisco (a quem jamais vou esquecer as suas preciosas colaborações), Mariléia, Ivany, Patrícia, Marlene, Rosely, Vivian, João, Márcia, Joana, Neide e Antenor. Desejo a todos vocês meus amigos, a minha gratidão por tanta generosidade em me receber no campo da educação e me fazer sentir tão à vontade quanto no seio de minha família.

Aos meus professores Ivany Nascimento, Olgaíses Maués, Salomão Hage, Laura Alves e Sônia Araújo, com os quais aprendi muito mais do que esperava em relação à pesquisa e à vida, pois agregaram valores e conhecimento a minha formação acadêmica, profissional, científica e pessoal.

Por fim, faço dois agradecimentos especiais:

O primeiro, a minha orientadora Ivany Pinto Nascimento, que me acompanha há seis anos, sendo responsável em minha vida por me orientar, me repreender, me escutar, me compreender, me corrigir, me reorganizar e, acima de tudo, sempre acreditar que eu seria capaz de aprender com meus erros e crescer com meus acertos. Tenho a certeza de que nossa relação afetiva, construída ao longo desses anos, é para a vida toda, pois seus ensinamentos influenciam não só a mim, como também a minha família. A você 'Mestra' que marca minha vida e em todos esses anos viveu a minha história, só me resta dizer: MUITO OBRIGADO!!!

O Segundo, ao meu co-orientador Francisco Valdinei dos Santos Anjos, por ter aceitado me acompanhar na elaboração deste estudo e doar com extrema generosidade o seu conhecimento, o seu tempo e a sua experiência acadêmica, a você meu amigo, o meu mais sincero e afetuoso OBRIGADO!!!

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Teses e Dissertações Brasileiras que relacionam a docência e a medicina.	41
Quadro 2: Teses e Dissertações Brasileiras que enfatizam características relacionadas a formação de professores	48
Quadro 3: Produções Científicas encontradas em Periódicos	52
Quadro 4: Histórico da medicina no mundo	83
Quadro 5: Informações Referente a Formação	134

LISTA DE IMAGENS

Imagem1 – Prática utilizada para tratamento de cefaleia no Antigo Egito.	70
Imagem 2 – Escultura de Hipócrates, o mais importante médico da primeira Antiguidade. Nasceu em Cós em 460 a.C.	72
Imagem 3 – Primeira Faculdade de Medicina do Brasil.	86
Imagem 4 – Professores Fundadores da Faculdade de Medicina do Pará.Brasil	101
.	
Imagem 5 – Faculdade de Medicina em 1924, Belém-Para.	102

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução dos cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2012	38
Gráfico 2: Distribuição de cursos de medicina por região. Brasil, 2012	38
Gráfico 3: Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2012	39
Gráfico 4: Total de produção que relacionam a docência na medicina de acordo com o Programa de Pós-Graduação	48
Gráfico 5: Total de Produção relacionada a Formação do docente em medicina de acordo com Programa de Pós-Graduação.	52
Gráfico 6: Comparação entre o tempo de formação e o tempo de atuação na docência.	134
Gráfico 7: Titulação acadêmica	134
Gráfico 8: Formação médica e a formação pedagógica	136
Gráfico 9: Influência da trajetória pessoal na docência medica	146
Gráfico 10: Influência da trajetória profissional para docência médica	154
Gráfico 11: Desafios na trajetória inicial da docência médica.	161
Gráfico 12: Elementos constitutivos da docência médica.	171
Gráfico 13: Diferença entre o início da docência médica e a docência atual	175
Gráfico 14: Influência da docência médica na prática assistencial	184
Gráfico 15: Aspectos motivadores e desmotivadores da docência na área médica	187
Gráfico 16: Significado de ser professor	196

LISTA DE SIGLAS

a.C	antes de Cristo
ABP	Aprendizado Baseado em Problemas
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CMI	Complexo Médico Industrial
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina
GEPJURSE	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Representações Sociais e Educação
HUBFS	Hospital Universitário Betina Ferro Souza
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
ICA	Instituto de Ciência da Arte
ICED	Instituto de Ciências da Educação
ILC	Instituto de Letras e Comunicação Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PPGED	Programa de Pós-Graduação em Educação
PPGIF	Programa de Pós-Graduação em Inovação Farmacêutica
PROFAE	Programa de Formação Acadêmica em Enfermagem
REG	Regulamento do Ensino de Graduação da Universidade Federal do Pará
RS	Representações Sociais
S	Sujeitos
SESu	Secretaria de Ensino Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá

RESUMO

MORAIS, Kleber Augusto Fernandes de. **DA PEDAGOGIA DO ACASO A PEDAGOGIA DA PRÁXIS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DOCENTES MÉDICOS EM PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO.** 250 f. Tese (Doutorado em Educação) – Instituto de Ciências da Educação, Universidade Federal do Pará, Belém, 2016.

Esta tese é resultante de uma pesquisa que teve como principal objetivo analisar como se constituem as Representações Sociais de professores do curso de medicina da Universidade Federal do Pará sobre a docência médica e as suas implicações para a formação médica. Para tanto, 'lançamos mão' de três campos teóricos a saber: Formação Docente, História da Medicina e Ensino Médico e Teoria das Representações Sociais. No primeiro campo, tivemos como base José Contreras, Bernardete Gatti, Maurice Tardiff e António Nóvoa. O segundo campo teórico foi baseado em Lambert, Lyons, Pereira Neto e Miranda sobre a história do ensino médico no mundo, no Brasil e no Pará. O terceiro campo teórico foi sustentado por Serge Moscovici e Denise Jodelet. É um estudo qualitativo, do tipo exploratório, que adotou como técnicas de produção de dados, um questionário e entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi baseada na técnica de análise de conteúdo categorial na perspectiva de Lauren Bardin e Maria Laura Franco. Os resultados preliminares da pesquisa orientados pelos objetivos específicos, presentes na tese, culminaram na construção de oito categorias, intituladas: influência da trajetória pessoal, influência da trajetória profissional, desafios na trajetória inicial, elementos para a docência na saúde, diferença entre o início da docência e a docência atual, desafios do docente em saúde na atualidade, influência da docência na prática assistencial e aspectos motivadores e desmotivadores da docência na área da saúde. Todas essas categorias se desdobraram em subcategorias a partir das imagens e sentidos identificados nas falas dos professores.

Palavras-chave: Docência médica. Formação pedagógica. Representações Sociais.

ABSTRACT

MORAIS, Kleber Augusto Fernandes. **SOCIAL REPRESENTATIONS OF TEACHERS OF MEDICINE COURSE OF UNIVERSITY OF FEDERAL PARA – UFPA ABOUT TEACHING IN HEALTH AND ITS IMPLICATIONS FOR MEDICAL EDUCATION**. 250 f. Tese (Doctorate in Education) – Ences Institute of Education, Federal University of Pará, Belém, 2016.

This thesis is the result of a research that aimed to analyze how are the social representations of medical school professors from the Federal University of Pará on teaching health and its implications for medical education. To this end, he drew from three theoretical fields namely Teacher Training, medicine and medical history and Theory of Social Representations education. The first course was based on Jose Contreras, Bernadette Gatti, Maurice Tardiff and Antonio Nóvoa. The second theoretical field is based on Lambert , Lyons , Pereira Neto e Miranda. The third theoretical course was supported by Serge Moscovici and Denise Jodelet. It is a qualitative study, exploratory, who adopted as data production techniques a questionnaire and semi-structured interview. Data analysis was based on categorical content analysis technique in the light of Bardin Lauren and Maria Laura Franco. Preliminary results of research guided by specific objectives present in the thesis led to the construction of eight headed categories: influence of personal history, influence the professional career, challenges in the initial trajectory, elements for teaching in health, differences between the onset of teaching and Current teaching, teaching the health challenges at present, influence of teaching in care practice and motivating and demotivating aspects of teaching in health. All these categories are deployed in subcategories from the images and meanings identified in the statements of teachers.

Keywords: Teaching in health. Medicine. Social representations.

RESUME

MORAIS, Kleber Augusto Fernandes. **LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES ENSEIGNANTS EN MÉDECINE COURS DE L'UNIVERSITÉ DE PARA FÉDÉRALE – UFPA PROPOS ENSEIGNEMENT EN SANTÉ ET SES IMPLICATIONS POUR L'ÉDUCATION MÉDICALE**. 250f. Tese (Doctorat en Éducation) – Rences Institute of Education, Université Fédérale du Pará, Belém 2016.

Cette thèse est le résultat d'une recherche qui vise à analyser comment sont les représentations sociales des professeurs des écoles de médecine de l'Université Fédérale du Pará sur l'enseignement de la santé et ses implications pour l'éducation médicale. À cette fin, il tire de trois champs théoriques savoir la formation des enseignants, de la médecine et l'histoire médicale et théorie de l'éducation des représentations sociales. Le premier cours a été basé sur Jose Contreras, Bernadette Gatti, Maurice Tardiff et Antonio Nóvoa. Le deuxième champ théorique est basé sur Lambert, Lyons, Pereira Neto e Miranda. Le troisième cours théorique a été soutenu par Serge Moscovici et Denise Jodelet. Il est une étude qualitative, exploratoire, qui a adopté des techniques de production de données d'un questionnaire et entretiens semi-structurés. L'analyse des données a été basée sur une technique d'analyse de contenu à la lumière de Bardin Lauren et Maria Laura Franco. Les résultats préliminaires de la recherche guidée par des objectifs spécifiques présents dans la thèse ont conduit à la construction de huit catégories dirigées: influence de l'histoire personnelle, d'influence sur la carrière professionnelle, les défis dans la trajectoire initiale, éléments pour l'enseignement en matière de santé, les différences entre le début de l'enseignement et l'enseignement actuel, l'enseignement des problèmes de santé à l'heure actuelle, influence de l'enseignement dans la pratique des soins et de la motivation et de démotivation aspects de l'enseignement en matière de santé. Toutes ces catégories sont déployées dans les sous-catégories à partir des images et des significations définies dans les déclarations des enseignants.

Mots-clés: Enseignement en santé. La médecine. Les représentations sociales.

SUMÁRIO

SESSÃO I – INTRODUÇÃO.....	17
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMÁTICA DA PESQUISA.....	19
1.2 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA DO ESTUDO.....	29
1.2.1 Problema e questões norteadoras.....	32
1.2.2 Objetivos.....	32
1.2.2.1 Geral.....	32
1.2.2.2 Específicos.....	32
1.2.3 A tese.....	33
SESSÃO II – O ESTADO DA ARTE.....	35
SESSÃO III – PERCURSO METODOLÓGICO.....	54
3.1 A ABORDAGEM DA PESQUISA.....	56
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	58
3.2.1 A Universidade Federal do Pará (UFPA)	59
3.2.2 O Instituto de Ciências da Saúde (ICS)	60
3.2.3 A Faculdade de Medicina da UFPA.....	61
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	62
3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	62
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	64
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	67
SESSÃO IV – PERCURSO TEÓRICO.....	68
4.1 TRAJETÓRIA DA EDUCAÇÃO MÉDICA MUNDIAL: dos primórdios do ensino às práticas contemporâneas.....	69
4.1.1 Da docência médica na antiguidade ao surgimento do ensino médico nas universidades.....	69
4.1.2 O ensino da medicina e as mudanças culturais da era Contemporânea.....	75
4.2 EDUCAÇÃO MÉDICA NACIONAL: reflexões históricas sobre as transformações sociais e políticas no Brasil.....	84
4.2.1 A reforma sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).....	91
4.3 ORIGENS DA PRÁTICA MÉDICA NO PARÁ E EM BELÉM: da Medicina Imperial a Faculdade de Medicina.....	94
4.4 EDUCAÇÃO, CULTURA E SABERES: notas sobre a formação e a docência médica.....	103
4.5 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUAS IMBRICAÇÕES ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	120
SESSÃO V – AS VOZES DE DOCENTES MÉDICOS.....	130

5.1	CONSTRUÇÃO DAS TEMÁTICAS INTERPRETATIVAS.....	131
5.2	PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	134
5.3	CONSTRUÇÃO DAS TEMÁTICAS DE ANÁLISE.....	141
5.3.1	Temática 1: Influência da trajetória pessoal para o exercício da docência médica.....	141
5.3.2	Temática 2: Influência da trajetória profissional para o exercício da docência médica.....	146
5.3.3	Temática 3: Desafios na trajetória inicial da docência médica....	155
5.3.4	Temática 4: Elementos constitutivos da docência médica.....	161
5.3.5	Temática 5: Diferença entre o início da docência médica e a docência atual.....	171
5.3.6	Temática 6: Desafios do docente médico na atualidade.....	176
5.3.7	Temática 7: Influência da docência médica na prática assistencial.....	180
5.3.8	Categoria 8: Aspectos motivadores e desmotivadores da docência na área médica.....	185
5.3.9	Temática 9: Implicações da ausência/ presença da formação pedagógica do docente médico.....	188
5.3.10	Temática 10: O significado de ser professor.....	190
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	208
	REFERÊNCIAS.....	212
	APÊNDICES.....	225
	APÊNDICE A – Modelo de Questionário.....	226
	APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada.....	227
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLC).....	228



SESSÃO I – INTRODUÇÃO



*“Há aqui um **mistério**, e esse é um aspecto da medicina que tem sido esquecido por muitas pessoas, **médicos e pacientes**. Uma vez identificada a natureza da enfermidade e a notícia transmitida ao paciente, aconteciam várias outras coisas. Primeiro, o médico assumia a responsabilidade pelo desfecho, fosse ele o melhor ou o pior. E talvez mais importante que tudo, ele se tornava um **arrimo**. Tornar-se um arrimo significava passar aos fatos, o que o médico fazia: ele podia não ter muito na sua **maleta preta** e não ter **poções mágicas** para servir e certamente nada que pudesse colocar ou tirar de um computador, porém ele tinha sua **presença** e aí estava a diferença. Sir William Osler costumava ensinar que isso poderia fazer toda a diferença do mundo, caso o médico entendesse o que estava ocorrendo ao seu paciente e usasse essa compreensão e se tornasse disponível ao mesmo tempo como uma fonte de **esperança e força**, esses atos de **habilidade profissional** poderiam melhorar a situação. **Eu acredito nessas coisas, mesmo que não as compreenda bem.**”*

(Tratado de Medicina Interna de Cecil, 1984, p. 38-39)

Eu acredito nessas coisas, acredito no **mistério** que existe na relação entre **médicos e pacientes**, acredito na **maleta preta**, no jaleco branco e no sorriso de alguém que se sentiu valorizado, acolhido e respeitado. Esses laços de afeto e partilha, presentes no seio da profissão médica, desde tempos remotos, não são frutos de **poções mágicas** ou terapias inovadoras, mas sim da simples presença médica, que constitui o **arrimo** da profissão e que na atualidade se convencionou chamar de humanização.

A verdadeira **habilidade profissional** na área médica não se origina no ato de receitar drogas, manejar equipamentos ou manipular um corpo mórbido. Eu acredito que ela deriva da capacidade humana de se fazer presente nos momentos de tristezas e alegrias, transformando a dor em **esperança** e a fragilidade em **força**.

A opção por operar, para além do campo da racionalidade, pode (re)produzir e mediar relações de ensinâncias e aprendizagens, próprias do humano. Eu acredito nessas coisas, mesmo que não as compreenda bem.

Se aventurar nessa teia de significações, a partir da epígrafe que introduz essa produção acadêmica doutoral nos possibilita pensar sobre a docência médica, a formação pedagógica como contributo do exercício dessa profissão e as suas implicações para a formação médica de uma nova geração de profissionais, no bojo do contexto atual. Assim, passamos a apresentar os subitens que introduzem este estudo.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

A contemporaneidade é marcada por inúmeros debates no campo da saúde. Nesses debates têm se destacado a temática da docência que ocupa, cada vez mais, espaço nas instituições de Ensino Superior e ambientes de saúde, como: hospitais e postos de saúde, seja pela necessidade de humanização dos profissionais de saúde, seja pela mudança na atual configuração da formação dos profissionais que atuam na área da saúde, que preconiza a formação do chamado profissional holístico¹, ou seja, aquele capaz de perceber e valorizar os aspectos biopsicossociais dos sujeitos que procuram por seus serviços, em detrimento dos profissionais centrados em aspectos pontuais do indivíduo, com excessos de Especializações e subespecializações.

A busca pela melhoria da formação superior na área da saúde, particularmente no campo da medicina, tem desencadeado, na atualidade, diferentes discussões sobre a relação existente entre a formação docente e as implicações desta no ensino da medicina, a exemplo das iniciativas de mudanças curriculares, das propostas de formação permanente, dos diferentes programas e políticas nacionais de incentivo à pesquisa e os atuais projetos de formação na área médica. Esses projetos chamam a atenção por se voltarem, sobretudo, para as especialidades, deixando, por exemplo, a formação pedagógica secundarizada.

Todas essas ações, de um modo geral, buscam contribuir para a melhoria da qualidade do ensino para a formação dos futuros médicos e do atendimento à população, a fim de que ocorra a solidificação do paradigma preventivo em saúde², e a inserção dos profissionais nas diferentes esferas da saúde, seja nas funções de assistência, educação da população e gestão administrativa do Sistema Único de

¹ Para Teixeira (1996), o paradigma holístico força uma visão sistêmica e uma postura transdisciplinar. O modelo sistêmico atende ao conceito de interdependência das partes. Postula que tudo é interdependente, que os fenômenos apenas podem ser compreendidos com a observação do contexto em que ocorre. Postula também que a vida é relação. A postura transdisciplinar é uma atitude de encontro entre ciência e tradição, entre ciência e sabedoria. A transdisciplinaridade reata a ligação entre os ramos da ciência com os caminhos vivos de espiritualidade. A abordagem holística em saúde convoca uma aproximação entre saber oficial e o saber popular. A saúde para ser holística precisa ser estudada como um grande sistema, como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não arrumados numa sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas.

² Esse paradigma pressupõe a ação antecipada em relação à possibilidade do surgimento de uma determinada doença, sua incidência ou prevalência em uma dada população, o que exige impulsionar, fomentar práticas capazes de aumentar a saúde e o bem-estar gerais.

Saúde (SUS)³, almejando, sobretudo, desencadear processos de reflexão sobre a formação docente médica, que se constitui como objeto deste estudo doutoral.

Essas diferentes perspectivas, apontadas para o ensino médico, consideram os vários caminhos existentes para o entendimento do conceito de Ensino Superior em saúde e leva em conta a compreensão de que o espaço acadêmico é constituído por diferentes modelos teórico-ideológicos e diferentes formas de pensamento. Além de ser o local onde se expressa, se reflete e se pensa o mundo, o homem e as suas relações com a sociedade.

Para o Ministério da Educação, o Ensino Superior tem entre as suas finalidades o objetivo de “[...] estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, [...] prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com essa uma relação de reciprocidade” (BRASIL, 2006, p.16).

Dessa forma, além de uma relação teórica e epistemológica com a comunidade, o Ensino Superior se apresenta como um instrumento gerador de análises, planejamentos e intervenções sociais e, portanto, se configura, como um importante mecanismo de produção de conhecimento em diferentes segmentos e setores sociais, a exemplo da saúde e, particularmente, da medicina.

Diante dessas considerações, se evidencia, de forma geral, a importância do tripé: **ensino** – representado pelos diferentes níveis de excelência, especificações e cursos; **pesquisa** – decorrente do envolvimento e qualificação do corpo docente; e **extensão** – marcado pela interação universidade sociedade⁴.

Baseado nesses aspectos, Zeferino e Barros Filho (2004) consideram que os setores da saúde e da educação, no que tange ao Ensino Superior, objetivamente, não se ocuparam em pensar a educação dos profissionais médicos como uma subárea desses dois segmentos da sociedade, colocando o ensino da medicina, apenas, no campo da transmissão de “novos”, “atuais” e “melhores” conhecimentos.

³ De acordo com o sítio do Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos brasileiros.

⁴ Para Severino (2007), o conhecimento é elemento específico e fundamental na construção do destino da humanidade. Pela Educação, ou seja, pelo processo de ensino, o conhecimento se produz, se reproduz, se conserva, se sistematiza, se organiza, se transmite e se universaliza. A pesquisa é coextensiva a todo o tecido da instituição universitária. Nesse contexto, ela se desenvolve capilarmente. A extensão representa a ação universitária a partir da identificação de problemas que digam respeito à comunidade próxima, de modo que os resultados das investigações se traduzam em contribuições para estas.

Esse fato é atestado por esses autores quando informam que a função do (a) professor (a) de medicina, ao longo da história, sempre foi baseada nos conhecimentos técnicos, raramente se questionando os atributos didático-pedagógicos, o que implicou na atuação docente, pautada em competências técnicas em medicina, sendo invisibilizadas as exigências relacionadas aos saberes pedagógicos.

Apesar de, cada vez mais, se evidenciar a necessidade das competências didático-pedagógicas, essas demandas, efetivamente, não se consolidaram, como ressaltam os autores supracitados, pois:

[...] acreditava-se, desta forma, que a transformação na gestão administrativa do setor saúde induziria às mudanças na formação e no treinamento destes profissionais, o que efetivamente não ocorreu. Paralelo a este fato, identifica-se um acompanhamento tímido e insipiente de profissionais da educação nos anos iniciais da trajetória médica nas academias, seguida de conteúdos pouco articulados com a futura prática profissional a ser seguida. (ZEFERINO; BARROS FILHO, 2004, p.123).

Em tempos de profunda necessidade de se articular conhecimentos técnicos, didático-pedagógicos e políticos, na intenção de formar um profissional crítico-reflexivo capaz de analisar as questões sociais para além de uma doença, por exemplo. A inexistência de esforços mais contundentes para aproximar a prática médica e a docência médica denota a fragilidade na formação daqueles que, futuramente, se ocuparão muito mais de vidas, de sujeitos, de emoções, de histórias, do que mesmo de doenças.

Demo (2000, p. 67) fortalece essas reflexões ao enfatizar que:

[...] A educação, também não se ocupou de pensar uma reforma do ensino em saúde que compreendesse a natureza da reforma sanitária para lhe fazer suporte intelectual ou tensionamento educativo. Uma pedagogia voltada para a subárea do conhecimento médico ainda é incipiente e as maiores acumulações estão dirigidas à Educação Infantil, Educação Básica (Ensino Fundamental e Ensino Médio) e Educação Especial, registrando-se grandes formulações relacionadas à alfabetização, educação matemática, ciências, entre outras.

Esses apontamentos nos fazem perceber que, no Brasil, a formação pedagógica dos profissionais médicos que exercem a docência, no interior das Universidades Brasileiras, encontra-se atrelado ao setor saúde, o que implica no distanciamento da dimensão pedagógica.

Esse setor é marcado pela estruturação de novos modelos gerenciais de inovação, acarretando à docência em saúde e, por conseguinte, a medicina, um perfil comum à área. A possível relação entre educação e saúde sinaliza para os seguintes princípios no campo da medicina:

- Um currículo de Graduação em medicina atento para a questão da humanização e da ética, como balizadores do trabalho médico;
- Do aluno como sujeito do conhecimento; da problematização e do Aprendizado Baseado em Problemas (ABP);
- De estratégias metodológicas que privilegiem os sujeitos (profissionais e usuários);
- Da integração dos currículos com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A necessária atenção, voltada para a formação docente médica, ou seja, de profissionais de saúde que fazem parte das Instituições de Ensino Superior em medicina no Brasil é concebida por autores, como Batista e Batista (2004, p.23) como um novo olhar sobre a docência em saúde, sendo “[...] determinante no âmbito dos cursos, pois constitui um dos mais impactantes condicionantes sobre as diretrizes curriculares e, por conseguinte, sobre a sociedade”.

Assim, considerar a formação docente médica como elemento impactante no processo de formação de novos médicos significa compreender que, por meio dela, o processo de formação desses futuros profissionais pode rumar para uma perspectiva diferenciada, tanto em relação à conduta do exercício da docência médica quanto da prática médica, pautada em uma pedagogia do encontro, da interação, onde se privilegia a interação de saberes, a visão multidimensional dos sujeitos, a autonomia de decisão, dentre outras situações que interpelam a cotidianidade da assistência (REIS, 2006).

Esses apontamentos assumem uma posição diferenciada em relação ao processo de adoecimento e, por consequência, de tratamento. Se partirmos da ideia de doença como a somatória de alterações orgânicas, biológicas e funcionais com uma construção cultural, ou seja, pautada em “[...] ideias, estruturas simbólicas, representações, significados, posturas e práticas construídas e compartilhadas por determinados grupos sociais e culturais” (GAZZINELLI, 2006, p.36), o modo de nos relacionarmos com os sujeitos se distancia daquilo que se convencionou praticar no contexto da saúde e, particularmente, da medicina.

Essas compreensões e atitudes, que se distanciam do modelo hegemônico de atendimento e de tratamento do doente, têm, no processo de formação dos futuros médicos, o caminho fundante para ressignificação da prática, tanto em termos da docência quanto em termos de atuação em ambientes hospitalares e similares.

Ainda de acordo com esse pensamento, importa compreender que, em relação às dinâmicas que se estabelecem com os sujeitos:

[...] assumir a ideia de saúde como uma construção cultural, implica buscar compreender a experiência de adoecimento do sujeito [...]. Afinal, é esse – o sujeito – o objeto de atenção do campo da saúde, com o que ele tem de singular na forma de manifestar/sentir seus mal-estares, diante de si, de seu psiquismo, de seu corpo, do seu entorno, do seu contexto, do seu grupo social. (GAZZINELLI, 2006, p.36).

Ao tomar como referência as contribuições da autora supracitada, é possível apontar e pontuar perspectivas de um processo de exercício da docência médica que extrapole a *expertise* técnico-procedimental e que reconhece a constituição de um sujeito multidimensional, histórico, contextualizado e cultural.

Para Dalla (2002), a melhoria da formação docente na área da saúde, que se vincula a medicina, passa pela necessária articulação da formação médica com os saberes pedagógicos e com os princípios finalísticos da universalidade, da equidade e integralidade da atenção à saúde do SUS, e pelos os princípios estratégicos de Descentralização, da Regionalização, da Hierarquização e da Participação social⁵.

⁵ Os princípios e diretrizes constituem os fundamentos do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), sendo estes:

- Universalidade: é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (“A saúde é direito de todos e dever do Estado” – Art. 196 da Constituição Federal de 1988).
- Equidade: o objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.
- Integralidade: as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que: se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas.

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a ideia de seguridade social e relevância pública existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática:

Esses princípios finalísticos e estratégicos demandam um ensino engajado com as questões sociais e exige adequações do perfil docente, tanto no âmbito do ensino e aprendizagem quanto da articulação desses elementos com a prática social da profissão.

Nessa direção, Therrien (2002) caracteriza três dimensões epistemológicas que correspondem à prática do docente. São elas:

- O trabalho como princípio educativo;
- A prática política que pensa a educação como ato político; e
- As práticas pedagógicas que consideram seus autores, produtores de saberes com identidade própria.

Therrien (2002) enfatiza a necessidade do fazer cotidiano do professor se atrelar a um contexto pedagógico-didático, definindo a formação docente pela construção de saberes entre os sujeitos de modo reflexivo, contemplando a relação teoria/prática do processo de ensino e aprendizagem.

A esse respeito, Shön (1997, p.338) ressalta que pela relação teoria e prática é possível “[...] emergir não só os pressupostos técnicos, mas também os valores e propósitos presentes no conhecimento organizacional”. Logo, pela perspectiva da reflexão, o indivíduo é capaz, de atuar em situações singulares, incertas e instáveis.

Assim, o docente possui a função de mediador diante de complexos fatores que perpassam a identificação de elementos, currículo e disciplina, fatores esses, que apontam para a necessidade de abordar a “racionalidade”⁶ do sujeito dessa ação (THERRIEN, 2002, p.111), bem como as redes de significações, de representações, de imaginários e de culturas que o interpela.

- Descentralização: “[...] processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios”.
- Regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

Participação social: “[...] Uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil.

⁶ Se ocupar das racionalidades significa querer desvendar as variadas lentes que possibilitam a compreensão e a intervenção na realidade. Esse movimento implica na decisão por uma ou mais racionalidades, que incidirá diretamente no modo como percebemos e agimos no mundo.

Para Therrien (2002), o saber docente é marcado por uma prática social reflexiva que compreende o professor constitutivo de uma identidade, de um saber sócio-cultural e uma experiência em sua trajetória, ou seja, com características próprias. Desse modo, os objetivos da prática docente caracterizam-se por um determinado tempo, espaço, grupo e sujeitos, com as tomadas de decisões no processo de ensino e aprendizagem que implicam em questões político-ideológico na formação das concepções dos alunos sobre sujeito, saúde, educação, cultura, sociedade, dentre outras questões.

Esse aspecto da docência, ligado a reflexões políticas e considerações ideológicas, presentes na docência, é apontado por Tardif (2002a) como pertencente aos chamados saberes da formação profissional e constituinte de um dos quatro saberes que constroem a profissão, juntamente com os saberes disciplinares, os saberes curriculares e os saberes experienciais. Estes sendo apontados como aqueles que surgem na e pela prática, validados pelo professor e acoplados na constituição de seu profissionalismo⁷.

As questões relacionadas à formação docente compõem um campo de pesquisa complexo e urgente, pois, segundo afirmam Batista e Batista (2004), contribuem para o desenvolvimento de tensões entre as perspectivas teórico-metodológicas que buscam a formulação de políticas de formação e que ultrapassem os limites das capacitações e atualizações pontuais e as concepções pedagógicas alicerçadas na mera transmissão de conteúdos, ou seja, em uma educação bancária (FREIRE, 1974).

Em relação à área da saúde, Batista e Batista (2004) consideram, ainda, que, para além dos problemas relacionados à formação docente dos que atuam na medicina, é importante que mudanças também ocorram em suas práticas, pois estes precisam passar de meros repetidores de propostas pedagógicas para interlocutores dessas propostas.

Esse posicionamento implica na capacidade de articular a formação docente médica e a atuação médica com os movimentos sociais e os seus determinantes sócio-histórico-político-cultural, para que possam tornar o ensino dos alunos, a partir

⁷ O Profissionalismo, segundo Libâneo (2002a, p.90), "[...] é pautado no compromisso com o projeto político democrático, participação na construção coletiva do projeto pedagógico, dedicação de ensinar a todos, o domínio da matéria e dos métodos de ensino, respeito à cultura dos alunos, assiduidade, preparação de aulas etc."

da problematização e do Aprendizado Baseado em Problemas (ABP), significativos socialmente, do ponto de vista do exercício da profissão.

Essas primeiras incursões possibilitam compreender alguns dilemas produzidos no campo da medicina em função dos limites da formação dos docentes médicos em relação aos saberes pedagógicos, que implicam no modo como se estabelecem aproximações teóricas e relações interpessoais, geradoras de sentido e configuradoras de práticas que podem dar origem a novas concepções de pensamento e formas de agir, assim como de ser capazes de promover o retorno a antigos conceitos e práticas, mesmo que marcado por outra linguagem.

Destacar a ideia de lugar, de relações interpessoais, de práticas, de formas de agir, nos possibilita relacionar esses termos ao debate sobre Representações Sociais (RS), pois como ressalta Moscovici (1978) e Jodelet (2001), as RS são saberes do censo comum, construído nas relações de membros de um mesmo grupo e orientadoras das práticas, do agir humano.

As concepções – do modo de pensar e fazer a educação no contexto da medicina – são formadas por importantes determinantes didático-pedagógicos constituidores da docência e do ser professor na área médica. Isso significa dizer que esse processo agrega variáveis econômicas, culturais e biopsicossociais, que permitem aos professores construir as suas identidades acerca da docência médica, resultante das Representações Sociais, construídas em torno do exercício dessa prática profissional.

Franco e Novaes (2001) considera que a teoria das Representações Sociais apresenta-se como suporte-teórico metodológico de grande importância no campo da educação, pois se configura de forma oposta as teorias que tendem a isolar e a fragmentar as análises do fenômeno educativo. Essa observação também é feita por Spink (1994) quando chama a atenção para a necessidade de inclusão da dimensão simbólica enquanto organizadora da vida social nos estudos acerca da escola, favorecendo o alargamento de nossa compreensão sobre o real e reconhecendo o caráter interdisciplinar das Representações Sociais.

Em relação à medicina não é diferente, pois ao se ocupar do ser humano em processos de saúde-doença, é interpelada pela multidimensionalidade dos sujeitos, o que demanda a necessidade de “tratar” desse indivíduo, tomando como referência a sua complexidade.

No que tange ao universo dos professores do curso de medicina e a sua relação com a docência médica, a referida teoria apresenta-se como importante instrumento norteador de sua compreensão, pois as características elementares das Representações Sociais podem ser observadas na dinâmica das relações vivenciadas na academia pelos professores, constituindo, assim:

[...] um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, sendo o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podendo também serem vistas como a versão contemporânea do senso comum. São modalidades de conhecimento que articulam-se no dia-a-dia (sic), de acordo com dois processos formadores fundamentais: a objetivação e a ancoragem. (PADILHA, 2001, p. 17).

Dessa forma, o universo consensual dos professores do curso de medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) sobre a docência médica e as suas implicações para a formação de futuros médicos, constitui o eixo norteador deste estudo, a fim de que se possa adentrar nesse universo, identificar e analisar as imagens e sentidos acerca dessa prática profissional, constituídas dentro da dimensão psicossocial desses profissionais e, por conseguinte, as práticas profissionais da docência e do atendimento aos usuários dos serviços de saúde (públicos e privados).

Nesse sentido, torna-se importante, então, a identificação e compreensão do contexto individual de cada sujeito, de seus vínculos, das suas relações e o que pensam sobre a docência médica, mediante a influência da trajetória pessoal e profissional para o exercício da docência médica, dos desafios na trajetória inicial da docência médica, dos elementos constitutivos dessa docência, das diferenças entre o início da docência médica e a docência atual, dos desafios do docente médico na atualidade, da influência da docência médica na prática assistencial, dos aspectos motivadores e desmotivadores da docência na área médica, das implicações da ausência/presença da formação pedagógica do docente médico e do significado de ser professor.

Esse exercício nos possibilita compreender as implicações das imagens e dos sentidos sobre a docência médica e ampliar o conhecimento sobre o processo de ensino-aprendizagem na área da medicina e lançar novos olhares sobre a formação e qualificação de docentes médicos no Brasil.

Esses apontamentos acerca da temática proposta consolida a pesquisa sobre as Representações Sociais de docentes médicos da Universidade Federal do Pará (UFPA) sobre a docência e as suas implicações para a formação médica, como um estudo de investigação de conhecimentos e comportamentos, socialmente elaborados e compartilhados ao longo do percurso de vida e carreira dos profissionais médicos que exercem a docência no Ensino Superior, e das repercussões de suas práticas na formação de novos profissionais médicos.

Esse fato, nos leva a considerar a formação de professores de saúde como um fenômeno social, intimamente influenciado pelos novos paradigmas da prática pedagógica na atualidade, estando atrelado ao chamado espírito pós-moderno. Este definido por Tarnas (2005, p. 233), como:

[...] um conjunto de atitudes abertas e indeterminadas, moldadas por uma grande diversidade de correntes intelectuais e culturais- como o pragmatismo, existencialismo, marxismo, psicanálise, feminismo, hermenêutica, desconstrução, entre outros, constituindo um novo modo de pensar e apontando para a mudança constante da realidade e do conhecimento, bem como para a convicção de que nenhum sistema axiomático de pensamento deva reger a crença ou a investigação.

Nesse contexto, o pensamento empírico, pragmático e racional abre espaço para a emergência de um novo espírito científico que passa a se referir à complexidade dos fenômenos elementares e da realidade sistêmica para explicar a crise das (in) certezas que tornaram todas as coisas absolutas e que sustentaram até aqui o paradigma fundador da racionalidade moderna (BACHELARD apud TESCAROLO, 2005).

Na área da educação, a pesquisa e a prática docente refletem essas mudanças, pois a impossibilidade de decompor os fenômenos educacionais em suas variáveis básicas –,utilizando-se uma abordagem analítica e quantitativa, o rompimento na crença da separação entre o sujeito da pesquisa e o objeto de estudo, aliadas a percepção de que todo ato de pesquisa é um ato político – levou ao surgimento de novas abordagens, com ênfase nas metodologias qualitativas e na busca de uma educação voltada para o processo de emancipação humana⁸ e superação dos limites impostos pela tradição positivista.

⁸ Emancipação humana, para Freire (2000), passa pelo exercício de homens e mulheres mudarem o mundo, o que passa pelo exercício a dignidade do outro (a).

Silva (2000) tem essa compreensão quando destaca que, na atualidade, a ressignificação da atuação profissional em qualquer área é uma necessidade imposta pelas mudanças de paradigmas, aliada aos avanços tecnológicos, as novas descobertas científicas e pela evolução dos meios de comunicação, o que situa a educação no contexto de uma mudança paradigmática, reafirmando o papel de destaque da formação docente numa perspectiva continuada e apontando para a necessidade de investigação sobre a prática pedagógica e a formação de professores.

Mediados pelas reflexões pontuadas até o presente momento neste texto, passamos a apresentar a configuração do objeto de investigação e os desdobramentos atrelados a essa configuração.

1.2 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA DO ESTUDO⁹

Muitas questões, acerca da formação docente na atualidade, se tornaram objeto de análises e reflexões no interior dos diferentes grupos de trabalho presentes nas instituições de Ensino Superior e nos órgãos fomentadores de pesquisas, proporcionando, assim, um exercício dialógico entre diversas áreas do conhecimento e em diversas instâncias sociais, como: a saúde e a educação, o que possibilita a interface e a inserção destes temas no interior dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em educação, existentes no país.

Esse fato é evidenciado pelos novos paradigmas em discussão nas diversas linhas de pesquisa, presentes nos programas brasileiros de Pós-Graduação em educação, que fomentam debates em torno de assuntos emergentes na sociedade contemporânea e atrelados ao fenômeno educacional, como: cultura, representações, identidades, subjetividades, historicidade, afetividade, sociabilidade, sexualidade, gênero, racismo etc.

Como exemplo desses esforços, temos o grupo de Estudos e Pesquisas sobre Representações Sociais e Educação (GEPJURSE), pertencente ao Programa de Pós Graduação em Educação (PPGED), do Instituto de Ciências da Educação (ICED), da Universidade Federal do Pará (UFPA), coordenado pela Profa. Dr. Ivany

⁹Somente para a escrita deste tópico da introdução, optamos pelo uso da primeira pessoa do singular por referir-se a aspectos das vivências e memórias do autor. Mas é utilizada a primeira pessoa do plural na sequência de todo o trabalho.

Pinto Nascimento. Esse grupo tem por objetivo promover estudos que possibilitem avanços nas discussões e compreensões sobre juventude e Representações Sociais, entrelaçados com as diversas perspectivas em educação, cultura, formação docente e constituição de identidades.

A condição de membro desse grupo de pesquisa tem proporcionado para mim experiências ímpares, no sentido de ampliar o conceito tecnicista e pragmático do pensamento construído em torno da biologia e da saúde. Assim, o envolvimento e o estudo das Representações Sociais no GEPJURSE, a realização do Mestrado em Educação, o ingresso no Doutorado e a escolha do campo de pesquisa pautado na docência médica, deixou importantes marcas na minha atuação profissional.

As imbricações de minha cotidianidade nos serviços de assistência, gerência e planejamento como trabalhador da área da saúde, somado ao exercício da docência nas instituições de Educação Superior: públicas e privadas, ao longo dos anos, foram determinantes para despertar o interesse pela temática, sendo este consolidado ao longo de minha jornada acadêmica e profissional.

Para tratar das questões relacionadas à minha trajetória de formação e atuação profissional, importa destacar que tenho formação em três cursos de nível Superior, constituídos no campo da saúde, a saber: Licenciatura em Biologia, Bacharel em Enfermagem e Bacharel em Medicina.

Quando ressalto que as três formações são do campo da saúde, me refiro ao substrato teórico-metodológico e epistêmico que organiza cada uma dessas formações. Essas considerações são significativas, uma vez que uma das formações é licenciatura, mesmo assim com base na ciência experimental.

Iniciei minha trajetória como educador no final da década de 1990, como professor de biologia do Ensino Médio, embora ainda não tivesse concluído a licenciatura, mas em função da carência de professores na área consegui me vincular temporariamente a Educação Básica.

Nesse tempo já me encontrava como acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem, ou seja, eu cursei paralelamente licenciatura em Biologia e Enfermagem. O primeiro na Universidade Federal do Pará (UFPA) e o segundo na Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Pela necessidade de trabalhar, o bacharelado em Enfermagem, iniciado em 1996 foi concluído em 2001, já a licenciatura em Biologia, iniciada em 1997 foi concluída em 2007.

Depois da conclusão do curso de Enfermagem fiz parte do Programa de Formação Acadêmica em Enfermagem (PROFAE), um dos primeiros projetos do Ministério da Saúde, voltado para a qualificação do trabalho em enfermagem, direcionado aos aspectos de saúde e educação dos professores de enfermagem. Esse programa se constitui como um demarcador do início de minha carreira como educador e profissional de saúde.

Em 2002, já formado em Enfermagem, participei de um programa do Ministério da Saúde voltado para a implementação e expansão das chamadas Equipes de Saúde da Família (ESF), intitulado Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

Esse programa me permitiu, ao longo de dois anos, participar do planejamento, implantação e execução de projetos assistenciais e educativos na área da saúde, privilegiando as ações de formação, capacitação e informação da educação em saúde, em ambientes escolares e comunitários, desempenhando assistência, gerência e planejamento das ações de saúde no interior do Estado do Tocantins, nos municípios de Esperantina e Darcinópolis.

Ao retornar ao Pará em 2005, após ter concluído uma Especialização na área de educação pedagógica em saúde, passei a dividir minha prática profissional entre as ações assistenciais em saúde e a docência Superior nessa área, tendo lecionado em instituições privadas de Ensino Superior, além de ter participado de programas multidisciplinares de formação docente para a saúde.

Em 2010 passei a exercer o cargo de professor assistente da Faculdade de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFPA, onde passei a lecionar as atividades curriculares de *Processo Educativo em Saúde II* e *Práticas Docentes de Educação e Enfermagem*.

Entre 2008 e 2014 fiz o Curso de Bacharelado em Medicina, o que me possibilitou dividir a minha prática profissional com a minha experiência docente. Em todos esses momentos e em todas as atividades por mim desenvolvidas, durante o meu percurso de formação acadêmica e de atuação profissional, o estudo do fenômeno educativo sempre foi e ainda tem sido estruturante e fundamental na minha trajetória profissional e, hoje, de pesquisador.

Esse percurso me permitiu, no campo da educação, a oportunidade de envolvimento junto aos processos de formação e identidades docentes, que enriqueceram a minha formação intelectual, contribuindo, assim, para fundamentar

minhas inquietações sobre o processo de formação de professores do curso de medicina da UFPA, da realidade profissional e pessoal desses sujeitos, da maneira como percebem e vivenciam a docência no interior da universidade e as implicações dessa atuação para formação de novos profissionais médicos.

1.2.1 Problema e questões norteadoras

Nessa direção, o problema de pesquisa investigado reside na seguinte indagação: **quais as Representações Sociais de professores médicos do curso de medicina da UFPA sobre a docência médica e suas implicações para a sua prática profissional?**

Com base nesse problema, surgem as seguintes questões norteadoras do processo investigativo:

- Como se caracterizam os docentes médicos do curso de medicina da UFPA, sujeitos da pesquisa?
- Que concepções de docência médica circulam nas imagens e nos sentidos construídos por professores médicos do curso de medicina da UFPA?
- Quais as implicações das Representações Sociais desses professores para a sua prática profissional?

Mediante o problema de pesquisa e as questões norteadoras, traçamos os seguintes objetivos da pesquisa.

1.2.2 Objetivos

1.2.2.1 Geral

- Compreender como se constroem as Representações Sociais de professores médicos do curso de medicina da UFPA sobre a docência médica e suas implicações para a sua prática profissional.

1.2.2.2 Específicos

- Caracterizar os professores médicos do curso de medicina da UFPA, sujeitos da pesquisa.

- Identificar a concepção de docência médica presente nas imagens e nos sentidos construídos pelos professores médicos do curso de medicina da UFPA.
- Discutir as implicações das Representações Sociais desses professores para a sua prática profissional.

1.2.3 A tese

A tese sustentada neste estudo se baseia nos referenciais teóricos que subsidiam a sua realização, bem como nas experiências pessoais, oriundas dos processos de formação acadêmica e de atuação profissional e nas Representações Sociais de professores médicos sobre a docência médica. Assim, defendemos a tese de que **os professores do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará constroem suas Representações Sociais sobre a docência médica na confluência processual entre a pedagogia do acaso e a pedagogia da *práxis*.**

A primeira envolve tanto a opção pelo exercício da docência quanto o paradigma científico técnico-procedimental e, embora, historicamente distanciada da pedagogia da *práxis*, marcada pela perspectiva do profissional como intelectual crítico-refletivo, se mostra em processo de ressignificação entre os integrantes do grupo de pertencimento, ora estudado. Esse processo aponta o papel fundamental das disciplinas relacionadas à área da medicina de família e da comunidade no desenvolvimento da competência holística para compreender a condição multidimensional dos sujeitos, na sua relação com seus contextos sócio-culturais.

A tese se estrutura em cinco sessões, a saber:

Sessão I – Introdução: onde são apresentados a justificativa, o objeto, as questões norteadoras e os objetivos do estudo.

Sessão II – Estado da Arte: momento onde se evidencia as principais produções escritas sobre a temática na forma de teses, dissertações e artigos produzidos nos últimos anos com seus respectivos impactos e relevância social.

Sessão III – Percurso metodológico: onde se evidencia toda a estrutura metodológica da pesquisa, como: tipo de estudo, tipo de pesquisa, técnica de coleta e análise de dados.

Sessão IV – Percurso teórico: onde é discutida a trajetória do ensino e da formação médica ao longo da história, bem como a teoria das Representações Sociais e questões sócio-culturais, atreladas ao campo de formação médica.

Sessão V – As vozes da docência em saúde: onde são apresentados e analisados a partir dos referenciais teóricos adotados e da teoria das Representações Sociais, os eixos estruturantes construídos a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, com suas respectivas subtemáticas de análise.

Considerações finais – onde são feitas as retomadas dos objetivos propostos e apresentados os achados do estudo com as observações finais e respectivas conjecturas sobre o tema.



SESSÃO II – O ESTADO DA ARTE



Os caminhos percorridos pela medicina no contexto de sua formação profissional, no decorrer de sua existência, não são lineares, pois, ao longo da história, esses caminhos são marcados por pensamentos e ideias variáveis. Esse fato torna, cada vez mais significativa, os esforços realizados por pesquisadores para compreender o campo de formação docente na medicina e as Representações Sociais que se materializam sob esse fenômeno ao longo dos tempos e dos espaços.

Apresentamos, nesta seção, o estado da arte¹⁰ que orientou a construção da relevância acadêmica deste estudo e a estruturação do objeto de investigação, denominado de Representações Sociais de Professores Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) sobre a Docência em Saúde e suas Implicações para a Formação Médica.

Nesse contexto, iniciamos um diálogo partindo do princípio de que o percurso de formação do pensamento na área da medicina perpassa tanto por questões que emanam do processo vital humano, ou seja, da forma de vida passível de sofrimento, dor física e doença, quanto do processo de formação social, com sua demanda oriunda da saúde coletiva¹¹ e da epidemiologia¹².

A evolução e o enlace entre o processo vital humano e a formação do profissional médico, são evidenciados e fundamentados cientificamente a partir da produção do conhecimento científico. Assim, depreendemos que as produções acadêmico-científicas disponíveis são capazes de contribuir para uma melhor compreensão do objeto investigativo em questão.

As diferentes reflexões e debates, produzidos no Brasil, sobre esse campo temático de estudo, identificam lacunas a serem tomadas como base para que se possa produzir respostas em relação a questões sobre a docência em saúde e as implicações para a formação médica, capaz de apontar outros caminhos que

¹⁰ O chamado “Estado da Arte” de acordo com Romanowski e Ens (2006, p.4) constitui “[...] A produção do conhecimento em uma determinada área, a partir de teses de doutorado, dissertações de mestrado, artigos de periódicos e publicações, possibilitando examinar as ênfases e temas abordados nas pesquisas; os referenciais teóricos que subsidiaram as investigações; as sugestões e proposições apresentadas pelos pesquisadores e as contribuições da pesquisa para mudanças e inovações da prática pedagógica”.

¹¹ Para Matsumoto, Mishima e Pinto (2001), a saúde coletiva compreende as ações dirigidas ao coletivo, que podem ser campanhas de vacinação, ações de controle de doenças, ou ainda ações de educação em saúde. Nesse “coletivo”, o homem é tomado como um ser “em geral”, um conjunto homogêneo de pessoas, para o qual se dirige a ação frente ao risco ou dano comuns.

¹² A Epidemiologia é a ciência que estuda os padrões da ocorrência de doenças em populações humanas e os fatores determinantes destes padrões (LILIENTFELD, 1980).

estabeleçam diálogo entre sujeito e conhecimento, entre sujeito e sujeito, e, por fim, entre a multiplicidade de saberes “revelados” na relação, por exemplo, entre o médico e o graduando de medicina ou entre o médico e o paciente.

As lacunas anunciadas anteriormente serão visibilizadas a seguir, à medida que apresentamos o resultado das buscas no processo de verificação do estado da arte, tanto da temática quanto do objeto de investigação.

A partir do pressuposto de que a maior variedade de produções científicas, independente do campo temático, situa-se nos programas de Pós-Graduação que funcionam como ambientes de produção, discussão e circulação do conhecimento científico, passamos a apresentar os extratos de pesquisas que circundam e solidificam o campo temático. Para tanto, tomamos como primeiro passo, o seguinte questionamento: como a formação de professores do curso de medicina e sua relação com a docência é tratada nas produções acadêmico-científicas entre os anos de 2005 a 2010?

Para que possamos alcançar a resposta pertinente a tal questionamento, tornou-se prudente traçar algumas considerações sobre o panorama atual dos cursos de Graduação em medicina no Brasil, de modo a elucidar sua distribuição e ofertas, permitindo, assim, uma melhor compreensão do campo temático, onde se localiza o objeto deste estudo.

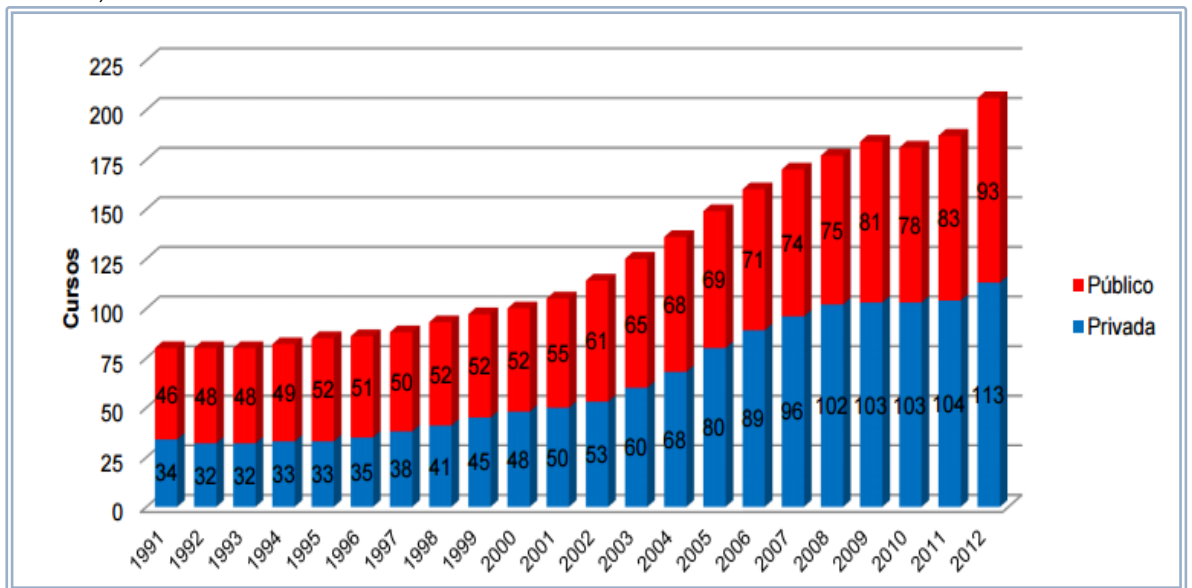
As análises existentes sobre as tendências e ofertas de cursos de Graduações em medicina, no Brasil, na última década, discutem a diminuição das desigualdades regionais de oferta e distribuição de vagas para o ingresso nesses cursos no país. Essas pesquisas, juntamente com outras fontes de informações, se constituem em subsídios úteis para o planejamento e o ordenamento da formação em saúde, principalmente no que diz respeito à adequação para as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, iniciamos o traçado analítico a partir do contexto político nesse campo. Os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) de 2012 apontam a existência de 206 cursos de medicina no Brasil, dos quais 45,1% localizados em universidades públicas; 54,9% distribuídos em instituições privadas.

Importa destacar que, no ano de 1991, existia um número maior de cursos ofertados por Instituições de Ensino Superior (IES) públicas em relação a Instituições privadas. Esse cenário se inverte a partir de 2005, quando o setor

privado ultrapassou, em número de cursos, o setor público. Essa evolução do quantitativo de cursos, nas duas últimas décadas, revela o incremento na abertura de novos cursos no país, onde identificamos, de 1991 até o ano de 2012, o surgimento de 126 novos cursos de Graduação em medicina, conforme é explicitado no Gráfico 1.

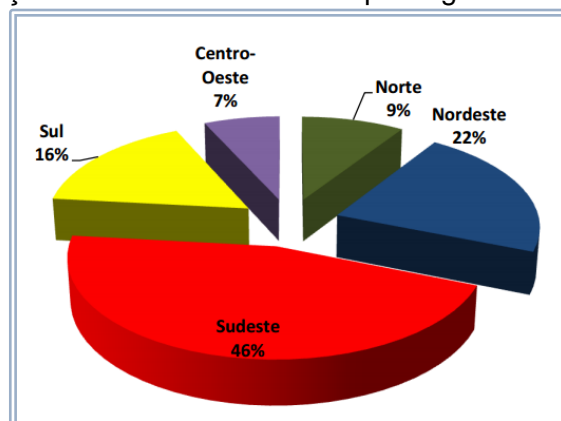
Gráfico 1 – Evolução dos cursos de Graduação em medicina, segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991 a 2012.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2014.

No que tange à distribuição dos cursos de medicina, os resultados apontam para maior concentração na região Sudeste, com um percentual de 46%, em 2012, como ilustra o Gráfico 2.

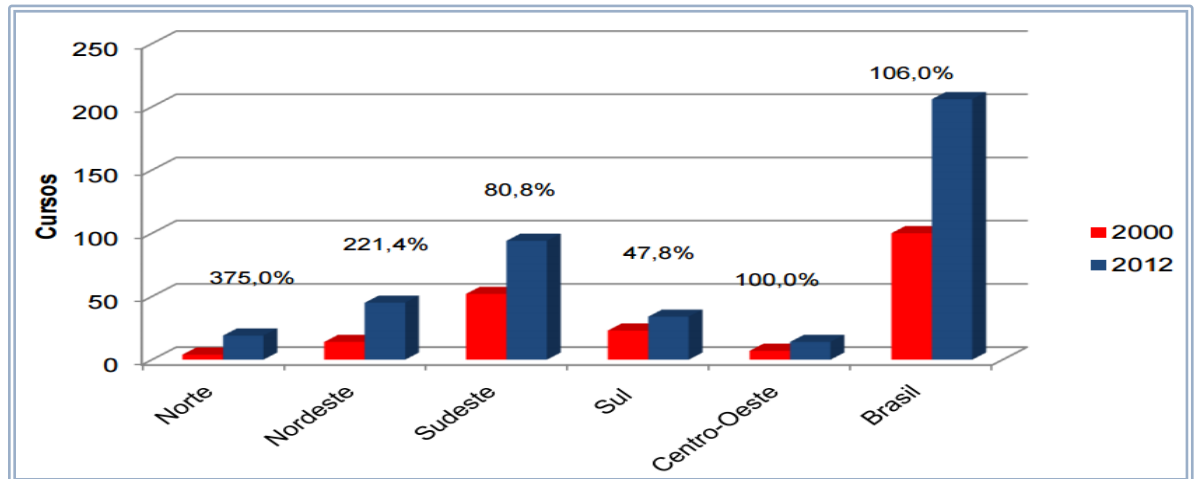
Gráfico 2 – Distribuição de cursos de medicina por região. Brasil, 2012.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2014.

Apesar da maior concentração dos cursos de medicina estar situada na região sudeste, o Gráfico 3 ressalta que houve um maior incremento na última década, na oferta de cursos nas regiões Norte e Nordeste: 375%; 216%, respectivamente.

Gráfico 3 – Número e taxa de crescimento de vagas de graduação em medicina segundo regiões. Brasil, 2012.



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2014.

Esses resultados apontam que, apesar dos avanços demonstrados, se faz necessário investir em estratégias que visem diminuir os desequilíbrios regionais, tanto para incentivar a abertura de vagas quanto para criar postos de trabalho, observando-se a capacidade instalada e desejada.

É perceptível diante do que foi exposto que as políticas de apoio e incentivo à formação em saúde pretendem, de uma maneira geral, superar as desigualdades de oferta, isto é, diminuir as concentrações regionais e expandir o número de vagas de Graduação e residência nas áreas prioritárias do SUS, fazendo uso de ferramentas como o Programa Mais Médicos¹³ e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina – Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014¹⁴.

¹³ De acordo com o sítio do governo federal o Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar médicos para regiões, onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de Graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Assim, o Programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS.

É imperativo o fortalecimento da parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, desde a formação inicial até os processos de educação permanente, objetivando fazer com que o planejamento da oferta da Educação Superior e a distribuição de vagas não produzam a escassez destas.

Esses desafios precisam ser tratados à luz de evidências que busquem compreender a dinâmica e a tendência dessas ofertas de vagas, pois a construção do cuidado em saúde deve ser fruto de um grande pacto que envolva todos os dirigentes de serviços de ensino e assistência médica, além de gestores de recursos assistenciais, cujo foco deve ser a integralidade dos serviços prestados.

De acordo com Cecim e Perla (2009), essa integração entre saúde e educação deve ser a tônica da inserção do docente e do estudante no cenário da medicina e, mais do que isso, deve ter lugar no currículo que forma os futuros médicos.

Essa descrição da distribuição dos cursos de medicina no Brasil, no cenário atual, nos leva a pensar o objeto de investigação, ou seja, a docência médica. Para tanto, torna-se indispensável articulá-lo aos referenciais teórico-metodológicos que subsidiarão as reflexões e a produção textual como um todo, todavia, esse exercício prescinde de um primeiro movimento que requer perceber outras produções que se relacionam diretamente ao fenômeno de investigação.

Assim, foram eleitas produções que inspirassem a configuração do fenômeno de investigação, por meio da Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações (BBTD); Descritores em Ciência da Saúde (DECs)¹⁵ e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME)¹⁶. Para tanto, foi necessário à utilização dos

Além de estender o acesso, o Programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

¹⁴ Essas diretrizes apregoam no artigo Art. 3º que o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

¹⁵ O vocabulário estruturado e trilingue – Descritores em Ciências da Saúde (DECS) – foi criado pela BIREME para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como LILACS, MEDLINE e outras.

¹⁶ O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), orientado à cooperação técnica em informação científica em saúde. A sede da BIREME está localizada no Brasil,

seguintes descritores: Educação em Saúde, Docência Médica e Formação de Professores Médicos.

A partir das informações expostas, passaremos a apresentar o estado da arte que relaciona formação de professores do Curso da Medicina com a Docência.

Iniciamos nossas buscas, tomando a docência no campo da medicina como ponto de partida, com a intenção de perceber como esta tem sido tratada nos programas de Pós-Graduação. Nesse cenário, a abordagem seguirá em torno de temáticas de Dissertações e Teses que busquem avaliar de maneira explícita ou implícita essa relação existente, como pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro1 – Teses e Dissertações Brasileiras que relacionam docência e medicina.

Programa	Nível	Título	Autor	Ano	Instituição	Principais resultados
Educação	M	Identidade Profissional docente no curso de medicina da Universidade Federal do Triangulo Mineiro.	Sousa, W.D.D.	2011	Universidade Federal de Uberlândia.	Docente reconhece a necessidade de formação pedagógica, mas não a realiza porque suas condições de trabalho lhe obrigam a optar por atividades mais urgentes e valorizadas salarialmente.
Ciências	D	Subjetividade Contemporânea na Educação Médica: Formação Humanística em medicina	RIOS, I.C.	2010	Universidade de São Paulo.	Deve-se ter aprimoramento das disciplinas de humanidades médicas e sua integração com a prática clínica.

Educação	M	Profissão e formação médicas: sobre professores e seus valores.	BULCÃO, L.G.	2005	Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	Fator importante de desgaste profissional: os problemas identificados referiram-se geralmente à perda de autonomia técnica e pedagógica nas decisões do ensino. A resistência a reformas no ensino médico relaciona-se ao sistema de valores profissionais.
Ciências da Saúde	M	Contexto atual do Ensino Médico: metodologias tradicionais e ativas- Necessidades pedagógicas dos professores e das estruturas das escolas.	ABREU, J.R.P.	2009	Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	Necessita-se de capacitação permanente desses professores para lidar com esse novo paradigma curricular, recursos materiais, didáticos e pedagógicos, modificando suas relações internas e com a comunidade.

Fonte: Elaborado pelo autor (MORAIS, 2015).

Diante do apresentado no Quadro 1, alguns destaques podem ser pontuados em relação aos estudos realizados por cada um dos autores que nele estão presentes, como veremos a seguir.

Sousa (2011) realiza um estudo sobre a identidade do docente no curso de medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e as suas possibilidades de profissionalização a partir da análise de quatro elementos do contexto institucional: expansão universitária; vivências curriculares; condições de trabalho; e experiência do docente de medicina.

A referida autora volta as suas análises para a discussão em torno do papel do docente no contexto histórico, político, social em que ocorreu a criação do curso de medicina da UFTM, bem como das possíveis relações entre currículo de medicina e identidade docente. Além dessas questões, Sousa (2011) buscou

conhecer as condições de trabalho do docente na instituição e reconhecer na experiência do docente de medicina, possibilidades de profissionalização da docência.

Este estudo se destaca pela importância da temática, não só porque se constrói a partir de diversos condicionantes que configuram a formação de um docente, quer sejam a expansão universitária, as vivências curriculares, condições de trabalho e experiência do docente, mas também porque se cercou, tanto da produção científica da área quanto de documentos que retratam a história da instituição, leis e diretrizes relacionadas à Educação Superior e aos cursos de medicina.

Ao se tomar como base os professores do curso, os resultados indicaram que no processo de expansão universitária, vivenciado pela UFTM, a identidade do docente de medicina pouco se revela, mostrando-se mais evidente a expressão do médico. São evidenciados o reconhecimento social da medicina enquanto área de saber e em decorrência, o seu prestígio na instituição, construído também pelos condicionantes históricos, políticos e econômicos que favoreceram seu domínio.

No que diz respeito às vivências curriculares no curso de medicina, Sousa (2011) percebeu que o conceito de currículo vivenciado no curso é herança do modelo flexneriano¹⁷, centrado na especialização e na fragmentação dos saberes e no hospital como principal cenário da formação.

As condições de trabalho dos docentes de medicina se revelaram inadequadas para uma atuação docente de qualidade, com destaque para muitas dificuldades, presentes no cotidiano da instituição. A experiência dos docentes de medicina pesquisados indicou que, embora não existam consensos em relação aos diferentes papéis que lhes são atribuídos, seja por eles próprios ou por outros, isso fragiliza a sua identidade profissional de professor. Esses professores reconhecem a necessidade de uma formação específica para a docência, mesmo que a sua mais importante referência formativa seja o treinamento didático dos programas *Stricto sensu*.

Sousa (2011) identifica a docência na medicina pelo domínio dos conhecimentos técnico-científicos da área, silenciando especificidades da docência. Apesar disso, o docente de medicina reconhece a necessidade de formação

¹⁷ Sobre esse modelo ver Mamede (2001) e Gonçalves (2001) apresentados na seção IV, subitem 4.1.2 desta tese que trata do Ensino da Medicina e as mudanças culturais da era contemporânea.

pedagógica, mas não a realiza, porque as suas condições de trabalho lhe obrigam a optar por outras demandas de atividades mais urgentes e mais valorizadas salarialmente.

A autora conclui, ressaltando que uma política de formação docente na UFTM, referendada pela valorização da docência e por metodologias que tornem a prática objeto de discussão e aprofundamento de elementos do processo educativo, pode ser indicativa do fortalecimento da identidade profissional docente.

Esses indicativos podem ser tomados como base resultante dos condicionantes da desprofissionalização dos médicos no que tange ao exercício da docência. Já anunciamos que, talvez, essa fragilidade na constituição da identidade docente se deva ao fato de que esses profissionais já são marcados por determinantes da profissão médica que apresenta, em relação a docência, maior credibilidade.

Ao discutir a subjetividade contemporânea na Educação Médica, Rios (2010) ressalta que a formação do médico compreende a aquisição de competências referentes ao domínio técnico, ético e relacional da profissão que reafirmam valores históricos e ganham contornos atuais no discurso da humanização das práticas de saúde.

Rios (2010) buscou identificar as dimensões culturais mais importantes na construção das subjetividades contemporâneas no tocante à medicina e investigar o encontro intersubjetivo (professor-aluno, aluno-aluno, professor-professor) no contexto da formação médica. Pela abordagem qualitativa, a autora supracitada interpretar um conjunto mais amplo de aspectos da contemporaneidade, combinados na forma de três núcleos temáticos: o Eu, a Tecnologia e a Interatividade.

A partir dessas temáticas que imprimem no cotidiano de professores e de alunos em momentos diferentes do aprendizado, Rios (2010) percebeu que as dificuldades para a experiência intersubjetiva se manifestam e se reforçam nos processos interativos já durante a Graduação. Na visão de Rios (2010), comportamentos narcísicos, relações instrumentais, violência e a baixa qualidade organizacional da gestão das práticas assistenciais são as questões que mais se sobressaíram, ao tomar como referência os dados analisados.

É destaque no estudo apresentado por Rios (2010), que as diretrizes curriculares para o curso médico, preconizam desenvolver habilidades de

comunicação, valores éticos e atitudes de sensibilidade e compreensão com o sofrimento alheio, pois, segundo a autora, se sabe que, na medicina, as relações sem o legítimo interesse e preocupação com o outro, comprometem a qualidade da própria realização técnica do ato médico.

Apesar do que está preconizado pelas diretrizes curriculares para o ensino médico no Brasil, o estudo de Rios (2010) evidenciou grandes dificuldades em relação ao aspecto da humanização das práticas. Segundo ela, uma das causas dessa aridez afetiva e das dificuldades na relação com o paciente seria a formação centrada na aquisição de competência técnico-científica de forma tecnicista.

Esses dilemas têm sido base para se tentar incluir, segundo a autora, disciplinas de humanidades médicas nos currículos, o que tem se mostrado tarefa árdua. A difícil inclusão de temas humanísticos e desenvolvimento de competência ético-relacional nas escolas médicas fazem pensar que aspectos mais sutis na construção da identidade médica podem estar corroborando com tais fatos.

A subjetividade contemporânea (valores, modelos, inscrições de significado), redimensionada na cultura médica, moldaria as relações entre as pessoas no ambiente de ensino que dificultaria a experiência intersubjetiva, resultando em uma educação médica que ressalta a tecnologia e se abstém do seu potencial interativo (RIOS, 2010).

A autora referida entende que a formação humanística melhor se desenvolverá por meio do aprimoramento das disciplinas de humanidades médicas; da integração de sua temática com a prática clínica; da conscientização dos professores quanto ao seu papel de modelo junto aos alunos e quanto à importância de saber trabalhar temas humanísticos em sua área de atuação; da humanização dos serviços de saúde que participam do ensino médico; e, essencialmente, por meio de um processo educacional que permita a aproximação da educação com a ética no viver institucional.

Esses apontamentos nos fazem depreender que a dimensão subjetiva é parte indispensável no processo de formação profissional, desenvolvido no interior das universidades, na medida em que essa dimensão apresenta-se como força capaz de definir práticas a favor ou contra o que se define de forma basilar dentro de uma determinada profissão, sendo que as Representações Sociais, constituídas também da dimensão subjetiva do indivíduo, permitem que por meio delas temos

possibilidades de apresentar com maior clareza não só elementos que compõem a subatividade de sujeitos que estão inseridos em determinados grupos, como também desvelar os elementos fundadores das práticas profissionais desse indivíduos.

Ao discutir a profissão e a formação médica, Bulcão (2005) indaga sobre os professores e seus valores, na medida em que se propõe conhecer o professor médico no que diz respeito aos seus valores e comportamentos e as consequências disso para o entendimento dos processos de mudanças no âmbito do ensino.

Bulcão (2005) analisa as condições de exercício profissional, pautadas de valores e autoimagem do professor médico; os problemas manifestos pelos docentes relacionando-os ao sistema de valores profissionais. Por meio da história oral obtida de entrevistas com docentes de diferentes especialidades, na FCM-UERJ e pautado nas categorias clássicas da Sociologia das Profissões, o autor indica que entre os docentes médicos, a autonomia constitui-se valor fundamental, associada a condições de exercício profissional adequadas.

Os sujeitos participantes da pesquisa indicam que um dos fatores que promove o desgaste profissional é a perda de autonomia técnica e pedagógica nas decisões do ensino. Na visão do autor, deste estudo, a resistência a reformas no ensino médico relaciona-se ao sistema de valores profissionais, visto que as modificações avaliadas como indesejáveis confrontam diretamente tal Sistema, isso significa dizer que o professor traz para dentro da Faculdade de Medicina o mesmo padrão de pensamento e comportamento característicos da profissão.

Ao se reportar a discussão em torno do contexto atual do ensino médico, Abreu (2009) dá ênfase às metodologias tradicionais e ativas. O autor se vale de dez professores com atuação profissional consolidada, em três faculdades de medicina: FAMEMA/Marília/SP, UEL/Londrina/PR e UCPEL/Pelotas/RS.

Por se tratar de um estudo que toma a experiênciadidático-pedagógica como eixo estruturante, Abreu (2009) examina aspectos dos processos de ensino e aprendizagem e, para tanto, toma como referência a instituição, a metodologia tradicional e a metodologia ativa de ensino.

Em relação as instituições, Abreu (2009) identificou e também analisou as seguintes peculiaridades: resistência a inovações, mudanças realizadas, recursos necessários para implantação das mudanças no currículo,

métodos de ensino com suas respectivas características, limites e possibilidades de cada metodologia, papéis do aluno e do professor, avaliação dos alunos e, por fim, a presença ou não de metodologias ativas de ensino, tais como: a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Problematização.

Abreu (1997) identificou que o estudo da experiência dos professores de duas das faculdades de medicina estudadas (FAMEMA e UEL) – pioneiras na utilização dos métodos ativos, dentro da proposta pedagógica de currículo integrado – antecipa as mudanças pretendidas no ensino da medicina, visando à formação de profissionais, preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, dentro do modelo da integralidade.

Foi identificado também que, para esse novo paradigma curricular, os professores devem ser capacitados de modo permanente e a escola de medicina deve proporcionar recursos materiais, de pessoal, didáticos e pedagógicos, modificando as suas relações internas e com a comunidade, com a qual deve passar a estabelecer trocas de modo distinto das que mantinha e/ou mantém no modelo tradicional.

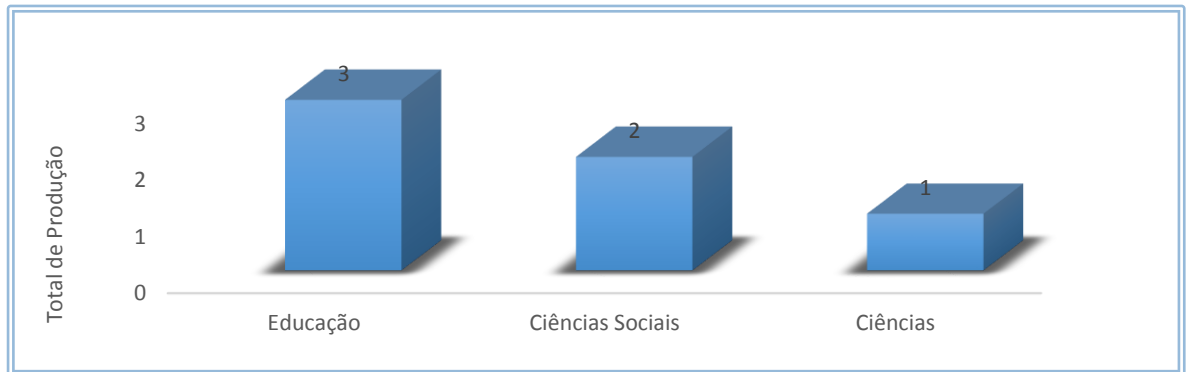
Esses primeiros estudos indicam que já existe alguns esforços na área da medicina em torno da discussão que foca elementos estruturantes do exercício da docência, quais sejam a identidade do docente, a subjetividade no exercício da docência médica, os professores e seus valores, o ensino médico e as experiências didático-pedagógicas.

Os resultados por ora apresentados lançam luzes sobre possíveis reflexões a serem realizadas em torno da relação entre o exercício da profissão médica e o exercício da docência e dão pistas de que para se realizar esse movimento de interpretação e análise de possíveis objetos, oriundos dos contextos das faculdades de medicina na sua relação com a educação, há necessidade de tomarmos como referência a própria docência médica, sem perder de vista as estruturas objetivas e subjetivas, constitutivas da identidade profissional de quem exerce tanto a assistência quanto a docência médica.

É comum entre esses estudos questões relacionadas à valorização, sobretudo, salarial, bem como a necessidade de capacitação dos professores para atuarem com o novo paradigma curricular é enfatizado na maior parte dos estudos encontrados. Outro ponto importante a ser destacado é o fato de que maior parte

dos trabalhos encontrados foram desenvolvidos por programas de Pós-Graduação ligados a Educação, fato este evidenciado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Total de produção que relacionam a docência na medicina de acordo com o Programa de Pós-Graduação.



Fonte: Elaborado pelo autor (MORAIS, 2015).

A formação desses professores no campo da medicina, assim como em qualquer outra área, ‘sofre’ influências de diversos aspectos, os quais podem estar diretamente ligados a sua trajetória pessoal, como também a sua trajetória profissional, conforme pode ser visualizado no Quadro 2, além da insuficiência de formação para atuação na docência.

Quadro 2 – Teses e Dissertações Brasileiras que enfatizam características relacionadas à formação de professores.

Programa	Nível	Título	Autor	Ano	Instituição	Resultados
Educação	M	Desenvolvimento Profissional do Médico Professor: Um estudo de caso da Universidade Federal de Uberlândia.	SILVA, W. R.	2014	Universidade Federal de Uberlândia.	Há vínculo direto com sua trajetória de vida e envolve tanto a dimensão pessoal quanto profissional.
Educação	D	Avaliação da aprendizagem no Ensino Superior da área da saúde: Unidade de produção de sentidos sob a perspectiva histórica e	CAVALCANTE, L. P. F.	2011	Universidade Federal de São Carlos.	Insuficiente formação para o exercício da docência, levando a uma compreensão vaga de assuntos.

		cultural.				
Educação	M	As vozes dos professores das faculdades de ciências médicas da Universidade de Pernambuco sobre o processo curricular desenvolvido em 2002 e a identidade do novo médico.	ARAUJO, M.H.	2011	Universidade Federal de Pernambuco.	O currículo está de acordo com as DCNs de 2001, e, é considerado em transição com alguns módulos integrados a prática.
Ciências Sociais	M	Lembranças de Alunos, imagens de professores: Narrativas e diálogos sobre a formação médica.	SILVA, L.L.S.	2006	Universidade Federal do Rio Grande do Norte.	O saber relacional que permitia um diálogo, a transmissão da experiência e o compromisso médico voltado para o atendimento a população e primeiro lugar resulta em um saber contextual, a par de uma participação política e de responsabilidade ética para com a sociedade.
Educação	M	Avaliação na educação médica: componente formativo em convergência ou divergência com os desafios de transformação do ensino presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais?	SANTOS, N. M.D.	2009	Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	Aponta-se a avaliação como componente formativo e, nesse sentido, ela se faz mais em divergência que em sua convergência com as DCN/Medicina no que se refere a outra formação profissional em saúde.

Saúde Coletiva	M	Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares.	ALMEIDA, M.J.; GONZALEZ, A.D.	2009	Universidad e Estadual de Londrina.	É importante a sistematização e difusão de experiências anteriores para o auxílio na construção das novas propostas pró-mudanças.
-----------------------	---	---	-------------------------------	------	-------------------------------------	---

Fonte: Elaborado pelo autor (MORAIS, 2015).

No que tange ao aspecto profissional, é evidenciado que a formação humanística do estudante de medicina, determinada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (BRASIL, 2001) se apresenta como um conjunto de disciplinas de humanidades médicas em seus currículos, constituindo-se como um fenômeno gerador de certa resistência por parte de professores e alunos, demarcando a cisão entre Ciência e Humanismo, evidenciada desde o século XIX (PEREIRA, 2003).

Nos estudos indicados no Quadro 02: Silva (2014), Cavalcante (2011), Araújo (2011), e Almeida (2009) nos ajudam a pensar questões relacionadas medicina e a educação, todavia daremos destaque os estudos de Silva (2014) por contribuírem efetivamente com a discussão em torno da formação de professores como um dos elementos a ser destacado quando nos ocupamos da docência médica.

Silva (2000), na tentativa de compreender o desenvolvimento profissional do médico professor da Universidade Federal de Uberlândia, a partir de suas experiências profissionais na docência, questiona o processo de desenvolvimento profissional dos médicos professores, evidenciando as principais queixas, desafios e estratégias utilizadas pelos professores da área médica ao exercerem a docência na Educação Superior, bem como os principais fatores da formação que contribuem para o processo identitário docente, com destaque para os seus saberes.

O referido autor se vale de Tardif (2002a), Melo (2007), Cunha (2004, 2007), Pimenta (2005, 2002), além de documentos que retratam a História da instituição, leis e diretrizes relacionadas à Educação Superior e aos cursos de Medicina para analisar *corpus*, produzido a partir dos sujeitos da pesquisa.

Mediante as indicações e reflexões, Silva (2000) afirma que o desenvolvimento profissional do médico professor da UFU acontece ao longo de

sua trajetória docente, que envolve demandas específicas da área, orientação pedagógica e aspectos relacionados às dimensões: pessoal e profissional que incidem numa prática docente embasada, predominantemente, em saberes experienciais.

As principais queixas e desafios, apontados pelos médicos professores, estão relacionadas com as condições de trabalho, tais como: a sobrecarga de atividades, que dificulta o equilíbrio entre ensino, pesquisa e extensão universitária; falta de incentivos para participação em cursos de formação continuada para o professor na área médica; além da má remuneração, configurada pela desvalorização da carreira docente.

De acordo com o autor supracitado, entre as estratégias, apontadas por esses profissionais para superação das dificuldades, estão: a busca por formação continuada em docência médica, estímulo à Pós-Graduação, à pesquisa e às políticas de valorização docente, além de apoio institucional.

No que tange ao processo identitário do médico professor, é evidenciado no estudo que há o vínculo direto com a sua trajetória de vida e envolve tanto a dimensão pessoal quanto a profissional, de modo que, em vários momentos, as fases da vida e da profissão se entrelaçam. Em linhas gerais, Silva (2014), em seu estudo, aponta para a necessidade de políticas institucionais de formação, valorização e desenvolvimento profissional dos professores, como ponto nevrálgico no processo formativo desenvolvido nos cursos de Graduação em Medicina.

Silva (2000) faz uma incursão histórica pelo pensamento e pelo ensino médico, discutindo a formação médica de forma contextualizada, com o objetivo de compreendê-la para interpretá-la por meio de lembranças de alunos.

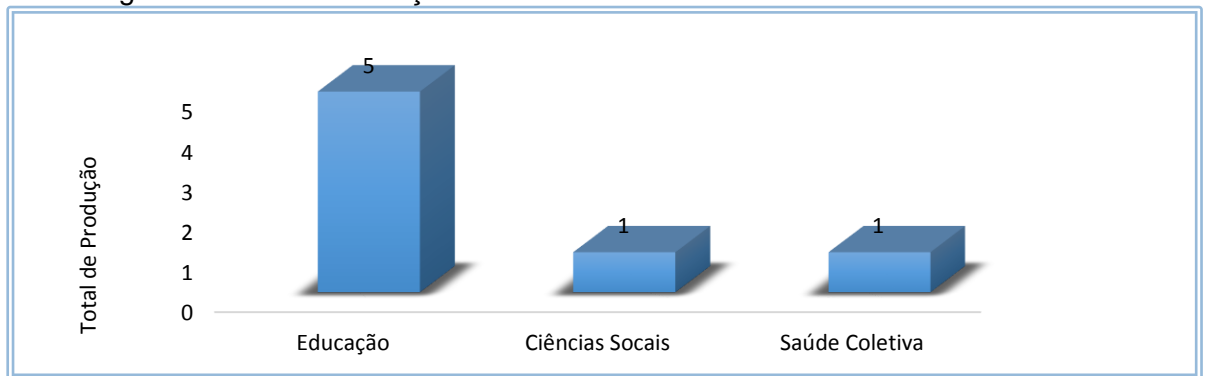
A referida autora foca nas imagens dos professores que deixaram marcas significativas para as vidas dos alunos, em termos profissionais, sociais e culturais, para as quais a mediação pedagógica assume importância singular.

O estudo revela, por meio da memória dos alunos, que a eles foi ensinado: um saber relacional que permitia o diálogo, a transmissão da experiência e o compromisso médico voltado para o atendimento à população em primeiro lugar, ao mesmo tempo em que fomentava sentimentos e desejos de ajudar ao próximo, sendo os próprios professores o exemplo disso, conformando-se, assim, com um saber contextual, a par de uma participação política e de responsabilidade ética para com a sociedade.

Esse nível de atuação docente que compromete os futuros profissionais médicos com as questões sociais e com o sujeito da assistência, representa a configuração de um perfil de professor que suplanta o modelo técnico-procedimental para uma perspectiva crítico-dialético.

O quantitativo de produções que dizem a respeito à medicina na sua confluência com a educação e, particularmente, com a formação do professor se concentra, em sua maioria no campo da educação, conforme demonstra o Gráfico 05.

Gráfico 5 – Total de Produção relacionada à Formação do Docente em medicina de acordo com Programa de Pós-Graduação.



Fonte: Elaboração do próprio autor (MORAIS, 2015). Sociais (dentro da figura)

Foram encontradas produções científicas ligadas a temas relacionados à formação médica em alguns periódicos, no entanto, os resultados evidenciados, em sua maioria, traziam em destaque a dificuldade de implementação das novas diretrizes curriculares durante o processo de formação médica, como destacado no Quadro 3.

Quadro 3 – Produções Científicas encontradas em Periódicos.

Título	Autor	Ano	Periódico	Resultados
Formação do Profissional Médico: Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde	FERREIRA R. C. FERREIRA R.C AGUER, B.	2007	Revista Brasileira de Educação Médica.	Percepções comuns entre ambas as séries do curso médico em relação à aprendizagem na Atenção Básica de Saúde, mostrando a importância que esse cenário tem na formação médica diferenciada, notadamente na construção de sujeitos críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender com a realidade na qual se inserem.

Mudanças Curriculares: principais dificuldades na implementação do PROMED	ALVES, L. R. C et al	2013	Revista brasileira de educação médica.	Diversidade e complexidade dos obstáculos enfrentados pelas escolas médicas para implementar seus projetos de mudança curricular, sendo necessário esforço conjunto de atores e instituições envolvidos para a efetivação das propostas de mudança.
O papel da aprendizagem baseada em problemas nas mudanças no ensino médico no Brasil	MANFROI, W., MOREIRA, B.M.	2011	Revista HCPA.	Reflexão sobre a pertinência da adoção da ABP como modelo didático no Brasil, sua relação com as propostas do SUS e das Diretrizes Curriculares e a factibilidade desse processo.
A formação médica segundo uma pedagogia de resistência	ALMEIDA, T.M.C., PEREIRA, O.P.	2005	Comunidade Saúde e Educação.	Apresenta-se, assim, uma visão crítica da excessiva biologização dos ensinamentos dominantes, surgida no interior mesmo de algumas escolas de saúde e que se favorece do saber das Ciências Humanas.

Fonte: Elaborado pelo autor (MORAIS, 2015).

Embora essas publicações contribuam para o debate em torno da formação dos médicos, elas não focam nem a formação e nem o exercício da docência médica, portanto, reforçam nosso interesse de focar a docência médica como um tema ainda silenciado nas produções acadêmica em nível *Stricto sensu*.

As Diretrizes Curriculares em Medicina preconizam que a formação médica deve contemplar os “determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletiva



SESSÃO III – PERCUSSO METODOLÓGICO



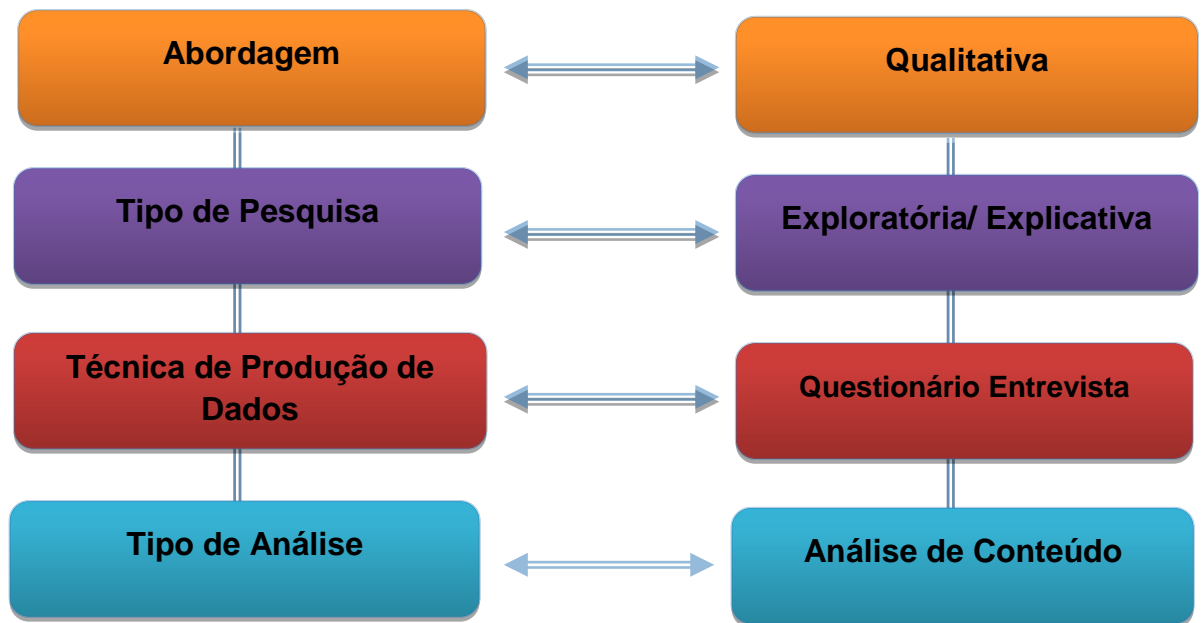
A produção do conhecimento científico implica em vários movimentos que conjuntamente devem representar o rigor necessário para a validação do que se apresenta em termos de pesquisa. Dentre esses vários movimentos, a metodologia não pode se colocar de modo coadjuvante no processo, haja vista que por meio dela é estabelecido o *modus operandi* fundamental para que o pesquisador tenha o instrumental necessário para responder aos objetivos traçados. Nesses termos, essa seção tem por finalidade apresentar o referencial metodológico e o percurso a ser traçado no processo de realização desta pesquisa.

De acordo com Minayo (2000, p. 23) pesquisar é uma “[...] atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”. Pela pesquisa nos ocupamos da realidade, nos redefinimos como sujeito que se relaciona com o conhecimento científico desde tenra idade e que nos conduz na busca incessante pelas explicações que por algum tempo nos satisfazem, mas que dada a sua incompletude abre sempre novas possibilidades de busca. A pesquisa “[...] É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados” (MINAYO, 2000, p. 23).

Cumprido notar que a Teoria das Representações Sociais não possui uma metodologia de investigação própria, ou seja, específica deste campo, o que implica em dizer que o estudo das Representações Sociais, segundo Sá (2000), se apropria de metodologias que sejam adequadas ao objeto de estudo em questão. Em linhas gerais são estudos realizados tomando a multireferencialidade metodológica como parâmetro.

Como primeiro subitem desta sessão, passamos a apresentar uma síntese de como está organizada a metodologia da pesquisa por meio do Fluxograma 1 e, em seguida, será traçado os fundamentos das pesquisas que adotam a abordagem qualitativa, particularmente no campo da educação, bem como as implicações dessa abordagem para a opção por outros elementos constitutivos desse processo como o tipo de pesquisa, as técnicas de produção de dados, o tipo de análise, responsáveis por criar condições satisfatórias para o tratamento de fenômenos psicossociais. Eles elementos estão relacionados, de acordo com o Fluxograma 1.

Fluxograma 1 –Organização Metodológica.



Fonte: Elaborado pelo autor (MORAIS, 2015).

3.1 A ABORDAGEM DA PESQUISA

Pela natureza e especificidade do objeto de estudo apresentado, trata-se de um estudo de natureza descritiva e qualitativa. Descritiva porque tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos relacionais existentes entre os professores do curso de Graduação em medicina da UFPA e a docência em saúde, sem, entretanto, questionar o mérito de seu conteúdo e sem interferência do investigador, que procura perceber, com o necessário cuidado, como certos fenômenos acontecem (IBGE, 2000).

Constitui também uma pesquisa qualitativa, pois, de acordo com Franco (2001), a forma de abordagem da problemática em questão, considera que existe uma relação dinâmica entre o mundo objetivo (aqui representado pela docência em saúde) e o mundo subjetivo (das Representações Sociais) que não pode ser traduzido em números e nem analisados em separado. Esse fato é evidenciado na opinião de Silva e Menezes (2001, p. 22) quando nos informam que:

[...] A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa, que não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas e considera que o ambiente

natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave, sendo que os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente, sendo o processo e o seu significado os focos principais de abordagem.

A abordagem qualitativa valoriza, dessa forma, o mundo de significados passíveis de investigação no âmbito social, e toma como matéria prima de sua abordagem a linguagem e as práticas do sujeito, o que para Minayo (2000, p.34) implica no estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos sociais fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Segundo a autora, essa abordagem, além de permitir desvelar processos sociais, ainda, pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, pois um estudo de natureza qualitativa procura “[...] compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos” (MINAYO, 2000, p. 43).

Dessa forma, as ciências sociais, a partir dos métodos qualitativos, tentam compreender a realidade humana vivida e “[...] trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana” (MINAYO 2000, p. 44)

A esse respeito, Szymanski (2004, p.47) pontua que “[...] as abordagens qualitativas de pesquisa se fundamentam em uma perspectiva que valoriza o papel ativo do sujeito no processo de construção do conhecimento” e que concebe a realidade como “construção social”. No caso deste estudo, em que serão analisadas as Representações Sociais de professores do curso de medicina da UFPA sobre a docência em saúde, será valorizado o processo individual de formação docente e os mecanismos de construção das suas representações sobre o fenômeno educacional na área da saúde.

No campo da educação, a abordagem qualitativa tem servido de amálgama para tratar de fenômenos que se colocam na cotidianidade da Educação Básica, do Ensino Superior, da Pós-Graduação e, em casos especiais, tratando de objetos constituídos em outros contextos, a exemplo do estudo ora apresentado.

Bogdan e Biklen (1994, p. 47-48), ao se referirem as pesquisas qualitativas no campo da educação ressaltam que estas apresentam as seguintes características:

[...] Na investigação qualitativa a fonte directa(sic) de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; A investigação qualitativa é descritiva; Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa. Os investigadores que fazem uso desse tipo de abordagem estão interessados no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas.

Essas características serão tomadas como norte no percurso da realização do estudo, não só porque representa os elementos fundantes da abordagem aqui assumida, mas porque também representa o reconhecimento de que por meio delas somos capazes de, coletivamente, pensar determinados fenômenos, dando voz a todos aqueles capazes de contribuir com o processo de produção de novos conhecimentos. Nesses termos, pesquisador, orientador, sujeitos da pesquisa e autores representam um conjunto de vozes capazes de validar relações, representações, crenças, percepções e opiniões sobre determinados fenômenos sociais.

Agregamos ao subitem da abordagem do estudo e da natureza da pesquisa, o cenário, onde esta irá se realizar, como elemento indispensável e constitutivo da metodologia, como veremos a seguir.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Para realização desta pesquisa, foi selecionado como *lócus* a Faculdade de Medicina pertencente ao Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Federal do Pará (UFPA), por constituir um espaço marcado por um número considerado de docentes de várias áreas do conhecimento, de distintas especialidades médicas e por uma diversidade de saberes e representações.

Esse fato nos remete a necessidade de compreender o processo de construção histórico, político e socioespacial da referida instituição, do instituto constitutivo dos cursos da área da saúde e da Faculdade de Medicina, onde os professores estão vinculados e desenvolvem suas práticas pedagógicas, a fim de que se possa compreender a relevância desse espaço na trajetória de vida e profissional dos sujeitos da pesquisa.

3.2.1 A Universidade Federal do Pará (UFPA)

Criada em 02 de julho de 1957, pelo decreto n. 3 191, a Universidade Federal do Pará (UFPA) passou a vigorar por ordem do então presidente Juscelino Kubitschek, após cinco anos de tramitação legislativa. Inicialmente congregou as sete faculdades federais, estaduais e privadas existentes em Belém: Medicina, Direito, Farmácia, Engenharia, Odontologia, Filosofia, Ciências e Letras e Ciências Econômicas, Contábeis e Atuariais.

Na atualidade, a UFPA constitui, hoje, uma das maiores e mais importantes instituições de ensino da Amazônia composta por mais de 50 mil pessoas, sendo 2.522 professores, incluindo efetivos do Ensino Superior, efetivos do Ensino Básico, substitutos e visitantes; 2.309 servidores técnico-administrativos.

Seu corpo discente é formado por 7.101 alunos de cursos de Pós-Graduação, sendo 4.012 estudantes de cursos de Pós-Graduação *Stricto sensu*; 32.169 alunos matriculados nos cursos de Graduação, 18.891, na capital, e 13.278, distribuídos pelo interior do Estado; 1.886 alunos do Ensino Fundamental e Médio da Escola de Aplicação; 6.051 alunos dos Cursos Livres oferecidos pelo Instituto de Letras e Comunicação Social (ILC), pelo Instituto de Ciência da Arte (ICA), pela Escola de Teatro e Dança, pela Escola de Música e pela Casa de Estudos Germânicos, além de 380 alunos dos cursos técnicos, profissionalizantes, vinculados ao Instituto de Ciências da Arte (UFPA, 2011).

Dentro desse universo, a UFPA oferece 513 cursos de Graduação e 45 programas de Pós-Graduação, sendo 43 cursos de Mestrado e 22 de Doutorado. Essas informações nos dão conta da dimensão política, pedagógica e social que tal instituição possui na Amazônia Paraense, e de seu impacto na formação profissional de milhares de jovens ao longo do tempo.

Atualmente, a Universidade Federal do Pará (UFPA) apresenta uma área territorial de aproximadamente 3.328.655,80 m², sendo 204.930,90 m² de área edificada. Trata-se de uma instituição federal de Ensino Superior, organizada sob a forma de autarquia, vinculada ao governo federal.

3.2.2 O Instituto de Ciências da Saúde (ICS)

O Instituto de Ciências da Saúde (ICS) foi instalado em novembro de 1970, com a denominação de Centro Biomédico e constituído inicialmente pelas antigas Faculdades de Medicina (Lei n. 1.049, de 03.01.1950), Farmácia (Decreto n. 27.359, de 24.10.1949) e Odontologia (Decreto n. 6.072, de 13.08.1940) que, durante muitos anos, foram denominados cursos e, atualmente, voltaram a ser denominadas faculdades.

Posteriormente, foram criados mais dois cursos, hoje, as Faculdades de Nutrição (Decreto n. 83.275, de 12.03.1979) e Enfermagem (Portaria n. 98, datada de 21.01.1980). E em 2010, a Resolução n. 688/CONSUN, de 16/12/2010, alterou o Art. 41 do Regimento do ICS para incluir a Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, passando esses cursos a compor esse Instituto.

Em 2004, ocorreu a implantação do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, complementando, assim, o Projeto Político-Pedagógico do referido curso. Em 2006, passou a constituir o ICS, o Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, sendo esse curso idealizado em 2005 e homologado em 2006 pelo CNE (Portaria n. 2.000 – DOU 21/12/06 – Parecer 165/2006, 20/12/2006).

Em 2011, foram implantados dois novos cursos: o Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e o Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Oncologia e Ciências Médicas, sendo que este, atualmente, não pertence mais ao ICS e sim ao Núcleo de Pesquisas em Oncologia da UFPA. Em 2012, foi implantando o primeiro Doutorado de Farmácia da Região Amazônica: o Programa de Pós-Graduação em Inovação Farmacêutica (PPGIF), constituindo um programa em rede, que envolve uma associação ampla entre a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), a Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), a Universidade Federal de Goiás (UFG) e a Universidade Federal do Pará (UFPA).

O ICS, até dezembro de 1993, possuía uma Unidade Hospitalar que funcionava nas dependências do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, que era formada por Ambulatórios, com atividades voltadas ao Ensino, Pesquisa e Extensão, atendendo a comunidade carente dos diversos bairros de Belém, interior do Pará e funcionários da UFPA.

Atualmente, as atividades extensionistas e as aulas práticas dos alunos de Graduação e Pós-Graduação da área da saúde da UFPA são desenvolvidas no Hospital Universitário Betina Ferro Souza (HUBFS) e Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), funcionando na Fundação Santa Casa apenas o atendimento de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Dermatologia.

3.2.3 A Faculdade de Medicina da UFPA

O curso de medicina da UFPA teve sua origem na Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, fundada em 09 de janeiro de 1919, que permaneceu por muitos anos como faculdade livre, tendo sido federalizada pela Lei 1049 de 03.01.1950, e com essa nomenclatura, em 02 de julho de 1955, foi integrada à Universidade Federal do Pará.

Com a reforma universitária e após a aprovação do plano de formação de centros, por intermédio do Decreto n. 65.680, em 1970 recebeu o nome de curso de medicina, integrando-se ao Centro de Ciências da Saúde.

Em 2008, após reforma do estatuto da Universidade Federal do Pará, voltou a ser chamada de Faculdade de Medicina (FAMED), por sua vez, integrante do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) que congrega as faculdades de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Farmácia, Odontologia e Fisioterapia. A direção do ICS e as suas subunidades (Faculdade de Medicina, Enfermagem e Nutrição) por muito tempo desenvolveram parte de suas atividades de ensino no mesmo prédio, no centro da cidade, outrora tão somente sede da antiga Faculdade de Medicina, localizada fora do *campus* Universitário, enquanto que as Faculdades de Farmácia e Odontologia sempre estiveram instaladas no *Campus* Universitário do Guamá. Atualmente, todas as faculdades localizam-se no *campus* do Guamá, hoje, chamado de Cidade Universitária José da Silveira Netto.

Em dezembro do ano de 2008, a FAMED iniciou o processo de transformação e busca de um projeto pedagógico alinhado às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação de Medicina e voltado às necessidades de saúde da população amazônica. O atual projeto pedagógico da FAMED/UFPA baseia-se no disposto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei n. 9.394 de 20/12/96 e suas alterações e regulamentações, nas Diretrizes Curriculares do

Conselho Nacional de Educação (CNE), no Estatuto e Regimento da UFPA e no regulamento do ensino de Graduação da UFPA (REG).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A base metodológica para seleção dos sujeitos deste estudo é a forma representativa, com uma amostragem não casual do tipo conveniência ou proposital. A esse respeito Bauer e Gaskell (2002, p. xx) nos informam que “[...] este tipo de seleção considera como representatividade do grupo eleito, um conjunto de elementos particulares que caracterizam os sujeitos”. Essa forma de seleção é descrita por alguns autores a exemplo de Laville e Dione (1999, p.35) como uma amostra por estratos “[...] onde os elementos são escolhidos aleatoriamente no interior de estratos ou subgrupos e definidos por uma ou mais características particulares”.

Assim, considerando-se como características próprias do grupo de professores participantes da pesquisa, suas trajetórias de vida social e acadêmica, vivenciadas dentro do espaço acadêmico, passíveis de observação. Foram eleitos como grupo representativo da pesquisa 6 (seis) professores efetivos do curso de medicina da UFPA, correspondente a trinta por cento do número de docentes em exercício na referida faculdade e apresentam seguintes características:

- Formação na área de concentração em que ministram suas aulas;
- Experiência de pelo menos três anos como docente;
- Titulação mínima de Especialização;
- Carga horária mínima de 20h;
- Sexo masculino e feminino;
- Idade entre 30 e 60 anos;
- Atuação ao longo do curso em pelo menos dois períodos/séries/anos diferentes.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para executar este estudo foi utilizado como técnica de coleta de dados um questionário com perguntas abertas e fechadas e um roteiro de entrevista

semiestruturada, uma vez que esta possibilita a obtenção de dados subjetivos relacionados com os valores, atitudes e opiniões dos sujeitos.

O questionário, de acordo com Chizzotti (1998, p.55), consiste em “[...] um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e sequencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de suscitar dos informantes respostas por escrito ou verbalmente sobre o assunto”.

Além do questionário, utilizado para produzir os dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa, também foi utilizada a entrevista, voltada para capturar os discursos dos professores sobre a docência em saúde e as implicações para a formação médica.

Para Laville e Dionne (1999, p. 38), o uso do roteiro de entrevistas e a aplicação da entrevista semiestruturada revela a importância do entrevistador, como aquele que faz uma série de perguntas abertas, verbalmente, podendo acrescentar perguntas de esclarecimentos o que, por sua vez, favorece a interação entre entrevistador e entrevistando.

Trivinos (1987, p.96) menciona a entrevista semiestruturada como aquela que:

[...] partindo de certos questionamentos básicos, apoiados no referencial teórico, que interessam à pesquisa e oferecem amplo campo de interrogativas, que vão surgindo à medida que os informantes vão respondendo. Assim, à proporção que o informante vai seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências nas respostas dadas, ele passa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Minayo (2000) caracteriza a entrevista num primeiro nível como uma comunicação verbal, que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já em outro nível, serve como um modo de coleta de dados sobre um determinado tema. Refere que a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado pode falar sobre o tema proposto, e aponta para um roteiro de entrevista com poucas questões, a fim de facilitar o aprofundamento das respostas.

Szymanski (2004, p.185) afirma que o roteiro de entrevistas “[...] é o principal instrumento de coleta de dados para as pesquisas qualitativas, pois permite a obtenção de forma eficiente de aspectos relacionados ao comportamento humano, opiniões sobre fatos, sentimentos e condutas”, sendo esses os objetivos principais deste estudo.

A esse respeito Martins (2006, p. 122) pontua que:

[...] a entrevista é uma técnica de pesquisa cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem às questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente com base nas suposições do pesquisador.

Para Yin (2005), as entrevistas constituem fontes importantes e essenciais para os estudos de natureza qualitativa, uma vez que estes, por possuírem uma natureza social, tratam de questões eminentemente humanas. Mas alerta que as entrevistas devem ser consideradas apenas como relatórios verbais, porque estão sujeitas a velhos problemas, como os vieses na pesquisa, enfatizando a importância de outras fontes, a fim de corroborar com os dados obtidos.

Para esta pesquisa, as entrevistas individuais foram agendadas previamente com cada sujeito, ficando o local e horário de acordo com a melhor conveniência para o entrevistado. No dia agendado pelos entrevistados e com a sua permissão para o uso do gravador, para melhor transcrição dos dados, teve início a entrevista após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo utilizado um roteiro de entrevistas para facilitar ao pesquisador sobre as questões relacionadas ao objeto de pesquisa.

As entrevistas tiveram duração do tempo necessário para que cada sujeito respondesse as questões propostas, sendo os entrevistados identificados nas falas como S1, S2, S3, S4 etc. (S – Sujeito), respectivamente. Após o término das entrevistas, os arquivos gravados foram armazenados e transcritos, fazendo parte do banco de dados para a análise.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A complexidade do fenômeno das Representações Sociais e as possibilidades metodológicas e interdisciplinares que a teoria oferece têm levado inúmeros pesquisadores à combinação de diferentes níveis de análises, resultando daí estudos bastante diversificados. Para Spink (1993), a diversidade resulta, ainda, da dupla face das representações como produto e como processo.

Quando enfocada como produto, visa entender quais os elementos constitutivos das representações, tendo sempre como eixo norteador as condições

sociais de sua produção, capaz de explicar as determinações das representações decorrentes de da posição ocupada pelos diferentes atores sociais.

Por outro lado, quando enfocada como processo, “[...] volta-se a compreensão da elaboração e transformação das representações sob a força das determinações sociais” (SPINK, 1993, p.91) e cai na análise das propriedades estruturais das Representações Sociais – o psicologismo.

Entretanto, a referida autora considera que é preciso ficar alerta para o risco de estudos que fazem este tipo de distinção (produto e processo), pois podem introduzir no debate mais uma falsa dicotomia, uma vez que, na verdade são dois fenômenos, inevitavelmente, imbricados.

Dessa forma, torna-se fundamental o contexto sócio-histórico e político dos sujeitos, para compreender como ocorre a formação de uma representação social que “[...] é essencialmente intertextual, ou seja, é a interposição de dois textos: o texto sócio-histórico [...] e o texto discurso, versões funcionais constituintes de nossas relações sociais” (SPINK, 1993, p.121).

As Representações Sociais podem ser analisadas de diversas maneiras a partir da compreensão das estruturas e comportamentos sociais manifestos na linguagem, pois ao se constituírem como imagens do real, devem ser entendidas como elemento importante para a pesquisa nos contextos em mudança, sendo importantes por “[...] considerarem respostas individuais enquanto manifestações de tendências do grupo de pertença” (SPINK, 1994, p. 147).

Ao considerarmos o caráter interdisciplinar que as Representações Sociais possuem, no que se refere a sua complexidade teórico-metodológica, ao valorizarem os aspectos da linguagem e do delineamento sócio-histórico, fez-se necessário uma escolha metodológica diversificada e interdisciplinar. Aqui, não menos diferente, optamos pela utilização de questionário e entrevistas, como já dito, a fim de acessar a funcionalidade do discurso dos professores de medicina sobre a docência em saúde.

Portanto, a pesquisa procura estudar o fenômeno de duas formas. O primeiro, as técnicas de análise das comunicações presentes na chamada análise de conteúdo, segundo Bardin (1979), esta que se constrói com repetidas idas e vindas ao texto, não se fechando em si mesma e não possuindo modelo fixo e acabado. O segundo, a articulação conceitual da visão histórico-social dos processos cognitivos socialmente regulados apresentados na teoria de Moscovici (1978), permitindo,

assim, trilhar o terreno epistemológico da interpretação da realidade quotidiana da vida moderna, o que nas palavras de Sá (2000, p. 42).

[...] permite compreender e explicar (construir) a realidade, guiar ou orientar os comportamentos e as práticas sociais, definir a identidade social e sustentar a especificidade dos grupos, permitindo, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos prévios.

A metodologia da análise de conteúdo nos permitiu alcançar os objetivos propostos, a partir da construção de cada etapa de forma clara e pontual, favorecendo consideravelmente a elaboração do *corpus* da pesquisa com a descoberta dos núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença reflete um determinado significado para o objeto de estudo.

Dessa forma, os dados obtidos por meio das entrevistas foram analisados com base em Franco (2005, p.190) que destaca o envolvimento e a complexidade das manifestações da linguagem, ao se levar em conta a interação entre interlocutor e locutor, o contexto social de sua produção, além da influência ideológica e idealizada da mensagem.

A análise de conteúdo tomada para este estudo, somada a teoria das Representações Sociais norteou as análises, sendo esta fase desdobrada em três etapas dinâmicas e interligadas a fim de melhor elucidar os achados e explorar os resultados evidenciados, sendo estas:

- A pré-análise: que consistiu na organização do material a partir dos indicadores presentes no protocolo de pesquisa. As observações foram todas registradas em diário de campo e após, transcritas e armazenadas, assim como os documentos e entrevistas que depois de transcritas foram salvas em *software* específico, fazendo parte do banco de dados da pesquisa.
- Exploração do material: consistiu essencialmente na operação de codificação dos dados organizados visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, o que levou a construção de categorias e subcategorias, a partir dos dados encontrados nas observações, entrevistas e documentos.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: a partir da organização das categorias e subcategorias, os resultados foram relacionados e contrastados com a fundamentação teórica, permitindo a compreensão e a reflexão das Representações Sociais dos professores de enfermagem sobre a docência em saúde.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O rigor científico, na pesquisa, abrange algumas ações que precisam ser consideradas pelo pesquisador. Para a execução deste estudo, foram observados aspectos éticos que permearam o processo. Nesse sentido, para a inclusão dos participantes, foi seguida a Resolução n. 196/96 do CNS/MS, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares da pesquisa, envolvendo a participação de seres humanos, especialmente no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. Para tanto, foi apresentado um Termo de Consentimento para participação, assegurando anonimato aos respondentes (APÊNDICE D).

Para iniciar a pesquisa, foi solicitada à permissão da coordenadora do curso de Graduação em Medicina, mediante a apresentação do projeto de pesquisa, sendo solicitada a assinatura de uma declaração que indica a ciência da pesquisa da realização desta, assim como assinatura do Diretor do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA.

O estudo assumiu os princípios propostos pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurado à instituição e aos sujeitos, mediante compromisso assumido pelo pesquisador, que as informações coletadas seriam utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa. Além da garantia do usufruto exclusivo dos dados também se primamos pelo anonimato, pela não maleficência; representada por gastos ou situações que desabonem a honra, a moral, ou danos físicos e psicológicos dos sujeitos; pela contribuição da pesquisa para os sujeitos envolvidos; bem como de que todos serão tratados indistintamente.



SESSÃO IV – PERCURSO TEÓRICO



4.1 TRAJETÓRIA DA EDUCAÇÃO MÉDICA MUNDIAL: dos primórdios do ensino às práticas contemporâneas

Pensar acerca da docência em saúde e as suas implicações para a formação médica requer retroceder no tempo e buscar elementos que contribuam para a compreensão dos dilemas, não só dessa questão, mas também de outras que cercam o contexto da medicina.

Assim, passamos a apresentar a trajetória da medicina como exercício de compreensão dos fluxos que constituíram essa profissão.

4.1.1 Da docência médica na antiguidade ao surgimento do ensino médico nas universidades

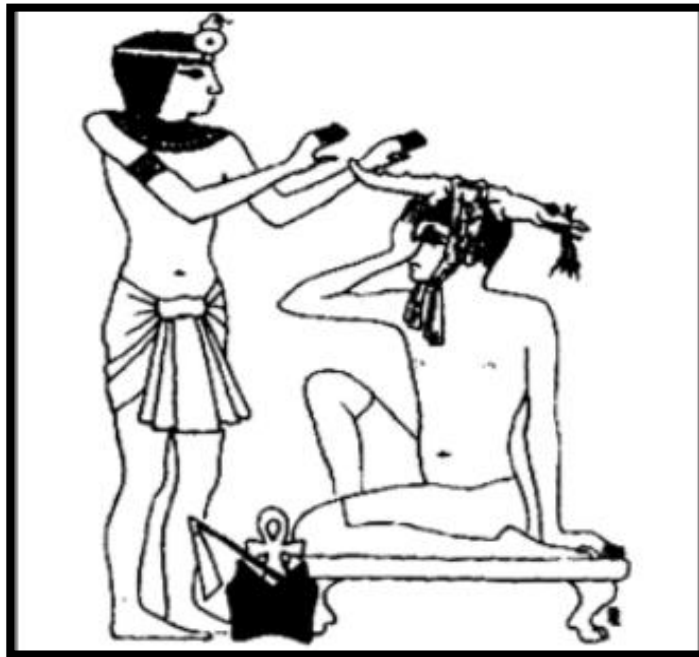
Alguns estudos indicam que a medicina surgiu na antiguidade, não em uma única sociedade pontualmente, e sim em diferentes civilizações, a partir de suas necessidades e da busca pelo conhecimento. A ciência médica surge a partir do momento em que o homem se torna capaz de controlar a natureza o que, efetivamente, ocorreu a partir do aparecimento da escrita, da descoberta da roda e do uso do arado (4.000-3.500 a.C.), possibilitando, assim, a troca de informações entre os grupos nômades existentes e a abertura do caminho para que o ser humano acreditasse que talvez fosse possível controlar a própria vida, surgindo, assim, a Medicina (LAMPERT, 2002).

O exercício da medicina no Egito, uma das primeiras sociedades a desenvolver a prática médica, foi marcada pelo empirismo e a estreita aproximação com divindades, o que sempre legitimou o ofício médico e a necessidade de transferência de conhecimento dessa arte de uma geração para outra. Nos primórdios da civilização, os médicos exerciam a atividade de professor – ou mestre, sendo responsável pelo ensino do aluno – ou aprendiz que precisava atuar como assistente ou auxiliar para dominar o ofício, depois exercer as atividades de forma supervisionada por algum tempo até chegar a atuar de forma autônoma (LAMPERT, 2002).

O ensino do ofício médico no Antigo Egito se desenvolveu por longos anos, estando entre as mais antigas práticas de medicina documentadas. Desde o início da civilização no século XXXIII a.C. até a invasão persa em 525 a.C., as práticas

pouco se alteraram e foram extremamente avançadas para a sua época, incluindo cirurgia não-invasiva básica, ortopedia e um vasto estudo de farmacopeia. A escola de pensamento influenciou tradições posteriores, incluindo os gregos (GIORDANI, 1969). Na Grécia, a prática médica alcançou grande prestígio, herdando suas bases da ciência egípcia, mantendo viva a arte médica por intermédio da história oral e escrita.

Imagem1 – Prática utilizada para tratamento de cefaleia no Antigo Egito.



Fonte: Baptista e Speciali (2003).

O ensino médico grego constituiu por vários anos a chamada “arte do ensino da medicina e da educação médica”, de longa tradição, tendo como referência predominante no mundo ocidental, a figura de Hipócrates (460-370 a.C.) e seus discípulos (LYONS, 1987 apud GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004), surgindo, nesse período, o chamado “juramento de Hipócrates”, texto médico bastante conhecido por médicos e leigos em todo o mundo, onde já é possível identificar algumas normas para o ensino da Medicina, então, referenciada como “a arte”, e a aceitação de que este ensino pressupõe a existência de professores e alunos.

Ou seja, muito antes da criação dos cursos médicos, séculos antes da instituição das universidades e da adoção do paradigma científico, já existia um ensino médico e um modelo de formação docente estabelecido.

Segundo Salem (2002, p. 17-18) a tradução do texto do Juramento seria o seguinte:

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

Aplicarei os regimes para o bem do doente, segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.

A ninguém darei com prazer, nem um remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

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

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

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

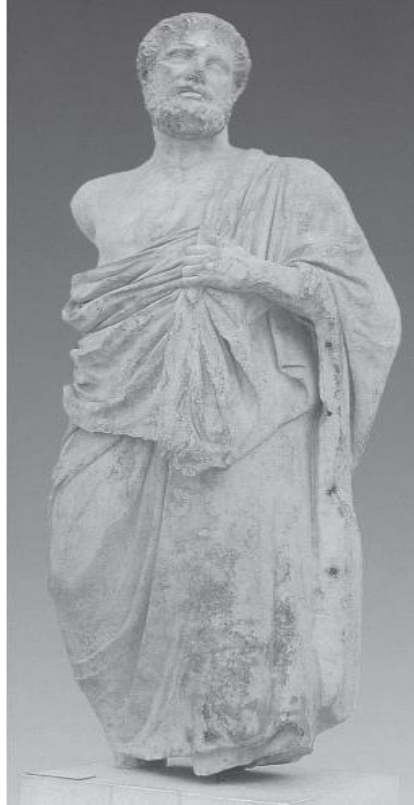
Se eu cumprir este juramento com fidelidade que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se dele me afastar ou infringi-lo, que o contrário aconteça!.

Percebemos, então, que a figura do professor/médico se confunde com o próprio surgimento da medicina, havendo, entre professores e alunos na Grécia dos séculos VI e V a.C., uma relação quase familiar, onde “[...] o médico deveria tratar o seu mestre como trataria o próprio pai e ensinar a arte aos filhos de seus professores, gratuita e devotadamente” (LOPES, 1970, p. 95).

Convém ressaltar que as relações estabelecidas nos séculos iniciais do ensino médico eram centradas no aspecto prático da profissão, sem espaço para reflexões, ou qualquer tipo de conhecimento que os alunos por ventura possuísem, o que contribuiu para a formação de novos professores e profissionais com o mesmo pensamento operacional, uma vez que, toda a transmissão de conhecimentos era centrada em uma dissociação da formação e a prática cotidiana, não enfatizando a

questão dos saberes que são mobilizados na prática, ou seja, os saberes da experiência (TERRIEN,1995).

Imagem 2 – Escultura de Hipócrates, o mais importante médico da primeira Antiguidade. Nasceu em Cós em 460 a.C.



Fonte: Rebolo (2006).

Segundo este autor, esses saberes da experiência que se caracterizam por serem originados na prática cotidiana da profissão, sendo validados por esta, podem refletir tanto a dimensão da razão instrumental que implica em um saber-fazer ou saber-agir, tais como: habilidades e técnicas que orientam a postura do sujeito, quanto a dimensão da razão interativa que permite suportar, julgar, decidir, modificar e adaptar de acordo com os condicionamentos de situações complexas.

Ao se evidenciar nesses saberes docentes na medicina diferentes tipologias, complexidades e o caráter polissêmico, percebemos, segundo Tardif(2002a), que “[...] mais se revela longo e complexo o processo de aprendizagem que exige, por sua vez, uma formalização e uma sistematização adequada”.

Dessa forma, pensar a formação médica da antiguidade, implica considerar a questão dos saberes como um dos aspectos depreciados no alvorecer da ciência médica, apesar de sua importância na formação da identidade da profissão de

professor médico. Pimenta (2004, p. 19), parte da premissa de que essa identidade é construída a partir:

[...] da significação social da profissão; da revisão constante dos significados sociais da profissão; 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.

Essa forma familiar, hierárquica, prática e objetiva de ensinar e aprender medicina não era uma exclusividade grega, no oriente, especialmente no mundo persa, onde floresceram grandes escolas que, curiosamente, acabaram por preservar o pensamento e os ensinamentos gregos mais próximos de suas origens e que, posteriormente, foram “devolvidos” ao mundo ocidental.

Séculos mais tarde, durante a Idade Média, a medicina ocidental e todo o mundo cristão viviam sob a égide do domínio teológico e eclesiástico da igreja católica, sendo amplamente difundida a ideia de que o importante era a alma do indivíduo e que o seu corpo não precisaria ser tratado.

Essas ideias presentes na chamada “Idade das Trevas” (500-1000 d.C.), ou o primeiro período medieval, fazia com que se enfrentasse a doença, em geral, com paganismo e religião cristã, misturando-se velhos costumes e ritos pagãos, carregados de magia e a concepção do Cristianismo que via no adoecimento uma punição pelo pecado ou o resultado da possessão do diabo, ou da feitiçaria (ROSEN, 2006).

Ainda, conforme Rosen (2006, p. 135):

[...] a doença pendia acima da cabeça do homem medieval e, no período entre duas grandes epidemias que marcam o começo e o ocaso da idade média (a peste de Justiniano, em 543 (d.C.), e a Peste Negra, em 1348 (d.C.)), doenças propagaram e arruinaram a Europa e o litoral mediterrâneo. Entre essas doenças estavam a lepra, peste bubônica, varíola, difteria, sarampo, influenza, tuberculose, escabiose, ergotismo, erisipela, antraz, tracoma, malária e outras, e as pessoas, agindo segundo a mentalidade reinante, tentavam proteger-se, valendo-se da união de idéias (sic) médicas e religiosas.

Era o período da dita Medicina Monástica em que a prática e o ensino médico estavam confinados aos mosteiros, sendo que a medicina exercida, nesses locais, configurava-se como um misto de orientação oficial da Igreja e cuidados populares, ficando a maior parte do trabalho médico ligado a “[...] tarefas como recitar preces,

impor as mãos, pronunciar exorcismos e utilizar amuletos com imagens santas, óleos sagrados, relíquias e outros elementos naturais e supersticiosos” (LYONS; PETRUCELLI, 1997, p. 286).

Entretanto, os mosteiros cumpriram uma função historicamente relevante: a manutenção do interesse pelos estudos de matérias médicas e a reprodução de textos médicos pelos monges copistas, mesmo que, por vezes, adulteradas e “censuradas” para estarem de acordo com as doutrinas da igreja.

Com o advento da peste negra e a morte de quase metade da população europeia, passou-se a questionar a afirmação de que os pecados dos homens eram os responsáveis pela doença, visto que a peste atingia indiscriminadamente tanto aos pecadores quanto aos santos. Essa progressiva desconfiança fez com que, já no século IX, surgissem grandes escolas médicas com o intuito de resgatar a tradição da medicina laica, destacando-se as de Salerno, a de Montpellier e a de Paris.

Nessas escolas, o jeito de ensinar e aprender medicina não mudou significativamente em comparação a forma adotada na Grécia antiga: os alunos continuavam sendo discípulos de mestres que os aceitavam como tal, frequentando cursos por períodos variáveis de tempo, acompanhando médicos mais experientes e depois sendo submetidos a um exame após o que, caso fossem aprovados, estariam capacitados a exercer a medicina.

A relação continuava sendo extremamente personalizada e a figura dos “discípulos e pupilos” continuava presente. Mesmo recebendo a denominação de “escola médica”, as instituições não tinham a formalização de um programa de ensino a ser seguido, algo que se pudesse remotamente chamar de currículo. Quem estudaria o que, era uma determinação do professor, do mestre. Cabia ao aluno seguir essas orientações, preparando-se para ser inquirido nas provas de final de curso.

Essa rústica e insipiente forma de ensinar e formar médicos, perdurou na Europa medieval por longos anos, refletindo na educação médica, as novas ideias e pensamentos no período final do medievo. Esse fato corrobora o pensamento de Pimenta (2005) sobre a relação educação – sociedade, pois, para a autora, a sociedade humana é capaz de retratar e reproduzir na educação seus valores e vícios, mas também possibilita o desenvolvimento de estruturas educacionais que projetem uma sociedade desejada e, por esse motivo, vincula-se profundamente ao

processo civilizatório e humano, pois enquanto prática pedagógica tem, historicamente, o desafio de responder às demandas que os contextos sociais lhes colocam.

Com o advento das universidades, o panorama da educação médica ‘sofreu’ significativas mudanças. Charle e Verger (1996, p. 7) consideram a criação das universidades no final do século XII e início do século XIII como uma criação da civilização ocidental e definidora de uma “[...] comunidade (mais ou menos) autônoma de mestres e alunos reunidos para assegurar o ensino de um determinado número de disciplinas em um nível superior”.

Implicados pelo conservantismo das escolas médicas, os profissionais não ligados ao meio acadêmico, imbuídos do espírito renascentista, passaram a procurar novas formas de aprimorar o conhecimento e a forma de atuação do médico daquela época. Surgiram, então, as sociedades científicas, públicas e privadas, onde se abria espaço para a divulgação, discussão e apreciação de novos experimentos.

As universidades desse período “[...] eram basicamente aristotélicas, isto é, utilizavam o método dedutivo, enquanto que as recém-criadas sociedades científicas eram experimentais e empregavam o método indutivo e empírico” (LYONS;PETRUCCELLI, 1997, p. 445).

Essas sociedades científicas – como a Academia dei Licei em Roma, a Accademiadel Cimento em Florença, a Academie desSciences na França e a Royal Society na Inglaterra – passaram a liderar as descobertas e os avanços científicos. A experimentação e a geração de conhecimentos, nessa época, eram essencialmente fruto de investimentos individuais, independentes, afastados das instituições universitárias.

4.1.2 O ensino da medicina e as mudanças culturais da era Contemporânea

No século XVIII, com a Revolução Francesa e o início da Idade Contemporânea, surgem importantes mudanças culturais, vivenciadas pela sociedade europeia que já vinham se esboçando desde o Renascimento. Surge, assim, a figura do médico, com uma prática baseada em sólidos conhecimentos científicos (MELO, 1989; MARGOTTA, 1998), aliado a novos conceitos sobre a necessidade da higiene, limpeza e ar fresco no combate à pesada atmosfera carregada de “eflúvios miásmicos mortais” (CAMBRIDGE, 2001; REZENDE, 1997).

Ainda nesse século, se inicia na Europa, em 1750, a Revolução Industrial, produto e processo de transformações político-econômicas e sócio-culturais, que fez avançar a construção do conhecimento tecnológico, impulsionando o capitalismo e gerando profundas mudanças nas relações homem-trabalho; com a divisão social do trabalho, a fragmentação do saber do trabalhador; a produção em série; e as transformações sócio-demográficas da população que foi atraída para as cidades (COTRIM, 1999).

No século seguinte ocorrem mudanças mais radicais na estrutura da sociedade humana, surgindo, no campo das ciências, às sociedades científicas especializadas, indicando o grau de Especialização do conhecimento crescente e das técnicas mais elaboradas, com a ciência passando a apresentar um aspecto mais público e um desenvolvimento mais acelerado.

Entre os anos de 1830 a 1850, surge o conceito de Medicina Social tornando-se hegemônico em alguns países da Europa (Prússia, Áustria-Hungria, Inglaterra e França) e mantendo seu prestígio nesses países até o século XIX. Nos Estados Unidos, apesar da Medicina Social ter influenciado alguns médicos, ela não se difundiu devido ao poder do clero, que favorecia uma postura individualista para a solução dos problemas (DUFFY apud DA_ROS, 2006).

Esse conceito de atrelamento da prática médica ao contexto social do indivíduo provoca mudanças e inovações na *práxis* dos professores médicos e alunos, que agora passam a considerar os aspectos ambientais, particulares, subjetivos e emocionais do indivíduo como determinantes para a compreensão dos processos: saúde-doença no campo profissional e ensino-aprendizagem no campo educacional.

Nesse sentido, podemos dizer que o exercício da ação docente passou a apresentar nesse período uma contribuição específica enquanto formação teórica (em que a unidade – teoria e prática – é fundamental), pois levou a reflexões no interior das faculdades de medicina existentes sobre uma *práxis* profissional transformadora. Essa *práxis* inseriu-se na atividade docente, enquanto um desdobramento da medicina social, comportando a seguinte observação de Schmied-Kowarzik (1983, p. 133):

[...] cada vez mais, também a prática educacional é presa de processos de socialização e obrigações sistêmicas “naturalmente” desenvolvidas, de tal modo que os indivíduos, em vez de serem formados como portadores autônomos da *práxis* social, são

determinados como portadores funcionais das relações sociais tomadas como dadas. Portanto, a teoria não pode se vincular diretamente de modo positivo e afirmativo a uma prática de socialização anterior, esclarecendo-a acerca de sua base ética, para fornecer desta maneira ao educador possibilidades de uma orientação e realização consciente de sua prática. Ela precisa, em primeiro lugar, revelar analiticamente de modo crítico as contradições sociais, os momentos da alienação na práxis educacional e de socialização anteriores, para desta maneira criar a pré-condição teoricamente consciente para uma revolução prática desta alienação.

Nos anos seguintes à medida que os conhecimentos sobre anatomia, histologia, patologia, bioquímica, fisiologia e microbiologia ampliavam-se, a visão da Medicina Social perdia sua hegemonia na Europa, pois com o advento da racionalidade técnica muitos médicos passaram a acreditar que a medicina daria conta de solucionar a maioria dos problemas médicos, sem contemplar os problemas sociais, o médico já não precisava desviar-se de seu objetivo buscando interrelações com a sociedade (DA ROS, 2000).

Já nas primeiras décadas do século XIX, segundo Luz (1988), a medicina tinha a doença como cerne de suas preocupações e a intervenção terapêutica centrada na cura da doença, por meio de drogas e cirurgias. A partir do fim do século XIX, o cuidado médico desviou-se definitivamente do foco do doente e o resgate de seu equilíbrio (levando em conta o meio externo e as suas características individuais), para a busca do agente da doença a ser tratada por meio de drogas.

Os grandes expoentes do ensino médico eram também grandes descobridores, o que fazia com que em torno deles se formassem grupos que os acompanhavam e assistiam, e que, conseqüentemente, com eles aprendiam, ainda que, fora do ambiente universitário.

Posteriormente, as universidades passaram, gradativamente, a contratar e subsidiar esses indivíduos, utilizando-os como forma de atrair mais alunos, uma estratégia que até hoje vigora em alguns campos do Ensino Superior. Foi um período de grandes descobertas e, claro, grandes debates também, visto que a resistência às mudanças sempre se fez sentir no meio universitário.

Essa mudança do paradigma médico educacional, de *práxis* social para racional-técnico, alterou profundamente as relações educacionais no interior das instituições de ensino médico e, por conseguinte, nas relações profissionais da

carreira, o que segundo Giroux (1988, p. 23), pode ser compreendido da seguinte forma:

[...]As instituições de treinamento de professor, as instituições de ensino superior e as escolas públicas têm, historicamente, se omitido em seu papel de educar os docentes como intelectuais. Em parte, isto se deve à absorção da crescente racionalidade tecnocrática que separa teoria e prática e contribui para o desenvolvimento de formas de pedagogia que ignoram a criatividade e o discernimento do professor.

O ensino médico, agora regido por forte pensamento racional e estruturado em bases tecnicistas, mantinha ainda uma grande independência, o que lhe conferia uma enorme heterogeneidade, algo que só seria modificado com a emergência do modelo hegemônico americano de Educação Superior, o que veio a acontecer no começo do século XX, com as tentativas mais incisivas de regulamentação tanto da profissão médica quanto da formação educacional do médico. Surge, então, o *Relatório Flexner*, construído por um importante educador médico americano, com o objetivo de reestruturar o ensino médico a partir da racionalidade técnica.

Essencialmente o que Flexner propunha era que o ensino da medicina se apoiasse em um sólido alicerce científico, com um período inicial no qual seriam estudadas as ciências ditas básicas – anatomia, histologia, fisiologia, bioquímica, farmacologia – com uma carga maciça de teoria (GONÇALVES, 2001).

Após esse período existiria uma segunda fase, denominada ciclo clínico, em que os conhecimentos adquiridos nessa primeira fase seriam aplicados aos cuidados e tratamento dos pacientes. No final da formação, o estudante deveria passar por um período de internato, onde exerceria as atividades médicas sob supervisão de médicos mais antigos. Por ser Flexner um discípulo da Escola Nova de Dewey, a experiência assumia uma importância central nos seus conceitos.

De acordo com a visão de Flexner, o professor médico deveria tornar-se apenas o executor de programas previamente elaborados por outros, os “especialistas”. As implicações políticas, normativas e éticas de tal abordagem são bem definidas por Zeichner (1993), ao considerar que as orientações voltadas para a formação do professor estão envolvidas por uma concepção de ensino que é tida como uma “ciência aplicada”.

Assim, aos futuros professores médicos, os conhecimentos, conteúdos e habilidades necessários à sua formação docente são limitados e totalmente

determinados antecipadamente por outros. Nesse contexto, o futuro docente é considerado principalmente, como um recipiente passivo de tal conhecimento profissional e desempenha um pequeno papel na determinação de seu programa de preparação.

O impacto desse relatório sobre a forma como a educação médica estava então estruturada foi simplesmente devastador. Houve, inicialmente, uma onda de fechamento de escolas que não se adequavam aos padrões do que era um “bom ensino médico” e/ ou uma “boa formação docente em medicina”, isto é, escolas que não estivessem de acordo com os parâmetros do relatório.

Posteriormente, a adoção do modelo de ensino proposto por Flexner foi utilizado como condição para a destinação de verbas governamentais. O influxo de verbas para algumas escolas, de acordo com Gonçalves (2001, p.25), fez com que estas tivessem a possibilidade de investir em melhorias na sua estrutura física e em pessoal, o que acabou criando a ideia de que a adoção do modelo flexneriano melhorava grandemente as condições de ensino/aprendizagem.

A prática de imposição de condutas e parâmetros educacionais, criados por um grupo de especialistas para definir os rumos do ensino em um determinado segmento educacional, em uma dada sociedade e em certo período histórico é analisado por Gonçalves (2001), ao discutirem os saberes docentes e as relações destes com a prática pedagógica.

Esses autores se basearam em Elliott (1993) para tratar sobre a percepção dos professores em relação aos conhecimentos teóricos produzidos pelos especialistas ou pelos pesquisadores universitários, e afirmam que os veem como uma ameaça porque são elaborados por um grupo de estranhos ao processo educativo, que se dizem especialistas na produção de conhecimentos válidos sobre as suas práticas educativas.

Diante disso, é considerado, então, que a racionalidade técnica, cujas raízes foram afinçadas no positivismo, trouxe, nesse período da história da educação médica, limites para o desenvolvimento profissional do professor de medicina e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de uma sociedade que buscava por mudanças no contexto social, político e cultural, visto que, naquele modelo, representado por teóricos americanos os princípios básicos da educação reflexiva eram arregimentados por conteúdos formais, cristalizados em grades curriculares, não valorizando, dessa forma, a criatividade e a inovação do professor.

A partir da segunda metade do século XX – com a progressiva retomada da valorização da medicina social, das políticas de prevenção às doenças e o surgimento do conceito de integralidade na assistência à saúde –, o modelo flexneriano de ensino médico, começou a ser posto em outra perspectiva, deixando de ser hegemônico e colaborando para que a sua excessiva rigidez passasse a ser contestada e discutida.

As discussões ainda persistem ao redor do mundo, havendo defensores e detratores de ambos os lados, mas a tendência geral e quase unânime é acreditar que ele não foi capaz de melhorar o ensino médico nem formar profissionais preparados para responder às novas demandas do mercado.

Para Lampert (2002), o modelo proposto por Flexner apresentava como principais limitações:

- A existência de grande número de aulas teóricas, centrando-se o conhecimento médico nas doenças, dividindo-o em disciplinas;
- Apresentar o professor como o centro e condutor do processo de ensino-aprendizagem, seja em aulas expositivas ou quando demonstra técnicas ou manobras na prática;
- Restringir o cenário de ensino ao hospital terciário;
- Considerar os professores médicos antes médicos do que professores, isto é, valorizar apenas a capacitação científica dos indivíduos no momento da sua seleção;
- Orientar a formação para a medicina liberal, exercida nos consultórios privados, ou seja, dentro de uma visão muito tradicional do “fazer medicina”.

Como consequência desse conjunto de características, Lampert (2002) afirma que houve um estímulo à especialização precoce, ainda, na Graduação, dificultando a formação geral dos médicos.

A formação de pseudo-especialistas, oriunda dessa forma compartimentalizada e estanque de aprender medicina, acabou por favorecer, com o passar do tempo, um quase desaparecimento da antiga figura do médico de família – seja por falta de interesse de novos médicos de assumir este papel, seja por haver uma hipervalorização da figura do especialista, ou talvez por uma associação desses dois motivos (VIEIRA et al, 2003).

O avanço da epidemiologia, a descoberta dos mecanismos de transmissão de doenças ligadas a grupos populacionais e o surgimento de áreas da medicina relacionadas a doenças ambientais, fez com que se percebesse que só especialistas não dariam conta de atender adequadamente à população (SÁ, 2000;)

Inicia-se então uma retomada da ideia de que o médico deveria ser formado com uma ampla visão geral da medicina, antes de pensar em ser Especialista em uma determinada área. Essa visão mais ampla transcendia, inclusive, a prática médica tradicional praticada na segunda metade do século XX, orientada para a cura das doenças e recuperação da saúde dos indivíduos.

Passou-se a considerar o indivíduo como um todo, dentro do que começou a ser chamado de “paradigma da integralidade para a formação médica” ou “visão holística da medicina” e que, segundo Lampert (2002), teria as seguintes características diferenciais – muitas vezes, antagônicas – quando comparada ao modelo flexneriano:

- Ênfase na promoção, preservação e recuperação da saúde, entendendo a doença como um desvio desta e não como o centro da atuação e interesse médico;
- Deslocamento do foco no processo de ensino-aprendizagem do professor para o aluno, considerando a aprendizagem como o objetivo final, reconhecendo que o aluno é um agente ativo, responsável pela sua auto-formação e posterior capacidade de atualização;
- Valorização da forma como se ensina e se aprende a medicina, em detrimento apenas da centralização no repasse de conteúdos;
- Ampliação do cenário de ensino do hospital terciário para todo o sistema de saúde, seja nas unidades de saúde da periferia, seja nos hospitais menores, intencionando que o aluno perceba a existência de uma estrutura de atendimento à saúde da população, hierarquizada e com um nível crescente de complexidade, teoricamente adequada e estruturada para fazer frente às diferentes necessidades dos indivíduos;
- Valorização da dimensão didático-pedagógica dos docentes sem esquecer, naturalmente, a competência técnico-científica, aliada a participação e comprometimento dos docentes com o sistema público de saúde, tanto no que tange à sua atuação profissional propriamente dita quanto à sua participação na avaliação e formulação de políticas e serviços de saúde;
- Fomento a “[...] reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas”. (LAMPERT, 2002, p. 68).

O confronto das características do modelo flexneriano com as do modelo de integralidade deixou claro as mudanças paradigmáticas quando se pensa na adoção do segundo em substituição ao primeiro. A principal mudança, do ponto de vista da educação médica, é o deslocamento da figura do professor-médico de centro no

cenário educativo, sendo a fonte de muita inquietação, preocupação e, por vezes, de franca revolta entre os docentes.

Todas essas transformações, ocorridas no e sobre o ensino médico, tiveram importantes repercussões na carreira médica, pois reconfiguraram os processos de formação de professores médicos no início do século XX, impactando os caminhos a serem seguidos pelos novos profissionais médicos subsequentes. A formação do profissional professor na área médica torna-se, então, efetivamente, cada vez mais importante no processo educacional, passando a ser um profissional da educação com espírito aguçado e vontade para aprender, razão pela qual o processo de formação torna-se mais veemente para responder às demandas do mundo contemporâneo com competência e profissionalismo .

A partir de então, para poder ensinar e formar novos profissionais, o professor de medicina passa a precisar de um grau de conhecimento que lhe advém por meio da formação que se vai profissionalizando pela prática cotidiana, sendo a capacitação desses profissionais de saúde para o trabalho docente um ato educativo, constituído de criatividade e inovação, aproximando os novos docentes médicos do século XX da etimologia da palavra professor; do latim *professore*, aquele que professa ou ensina uma ciência, uma arte, o saber, o conhecimento (HELATCZUK, 2010).

Assim, mais que um processo conjuntural de transformação das estruturas educacionais vigentes, o empoderamento da formação docente na área médica no período contemporâneo, pode ser considerado, segundo Libâneo (2000), como um investimento pessoal de busca de conhecimento:

[...] Formar-se é tomar em suas mãos seu próprio desenvolvimento e destino num duplo movimento de ampliação de suas qualidades humanas, profissionais, religiosas e de compromisso com a transformação da sociedade em que se vive [...] é participar do processo construtivo da sociedade [...] na obra conjunta, coletiva, de construir um convívio humano e saudável. (LIBÂNEO, 2000, p. 13-14).

Todos esses eventos descortinaram a necessidade de se pensar uma formação continuada na carreira do professor médico que valorize tanto a prática realizada pelos docentes no cotidiano das salas de aula, laboratórios e instituições hospitalares quanto o conhecimento que provém das pesquisas realizadas na Universidade, de modo a articular teoria e prática na construção do conhecimento

profissional do professor. Desse modo, o investimento na formação torna-se ponto de partida para as possibilidades de melhoria da profissionalidade docente em medicina e para a ressignificação de sua prática.

Ressaltamos que esses processos de formação do professor médico, iniciados na segunda metade do século XX, constituem um crescente e um *continuum*, pois como indivíduo, ele é formado a cada dia, em momentos que fazem o seu cotidiano, e, como educador, molda-se no compromisso que consegue estabelecer com os alunos e demais atores que formam a comunidade acadêmica dos cursos de medicina.

Em razão das questões apontadas, espera-se que o profissional educador médico tenha uma visão sistêmica da importância de sua organização junto à sociedade e do seu papel junto à Instituição de Ensino Superior, para que possa trabalhar novas formas de construção do conhecimento, visando à melhoria contínua da educação em saúde, da qualificação profissional dos futuros médicos e do ambiente acadêmico onde se ensina e se aprende.

O Quadro 4 sintetiza o histórico da medicina no mundo, como veremos a seguir:

Quadro 4 –Histórico da medicina no mundo.

História	Medicina	Educação médica
Pré-história /Antiguidade (10.000 a.C.)	Medicina dos povos selvagens. Base mágico-religiosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino pela imitação familiar ou hereditário práticas religiosas, mágicas ou espirituais.
Antiguidade Clássica Grécia (séc.IV a.C.)	Medicina técnica, de base científica e racional - a natureza como fundamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira escola de medicina, visando à formação técnica (científica) do médico. • Medicina classificatória das espécies patológicas.
Idade Média	Subordinação da medicina racional à base religiosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do ensino ao acompanhamento de médicos. • Saber erudito restrito aos mosteiros.
Renascimento (1500)	Recuperação da primazia da razão sobre a emoção.	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação das primeiras universidades -espaços de proteção do saber.
Iluminismo (1700)	Nascimento da medicina social.	<ul style="list-style-type: none"> • Normalização da prática médica. • Fundação das primeiras escolas de medicina.
Século XIX (1800)	Medicina científica/ clínica moderna. Ressignificação da teoria e prática.	<ul style="list-style-type: none"> • Difusão do ensino médico centrado no hospital. • Fundamentação anátomo-clínica como base.
Século XX (1900)	Ampliação da base tecnológica e conceitual do	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplicação das escolas médicas.

		saber médico e fragmentação de sua prática.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma Flexner. • Raciocínio clínico acima da tecnologia.
Século (2000)	XXI	Racionalização dos recursos Reestrut. do Estado e demandas sociais. Reforma dos sistemas de saúde. Ênfase no trabalho em equipes.	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação dos saberes na estrutura curricular e no ensino da semiologia.. • Integração docente-assistencial e ensino pesquisa. • Reestruturação pedagógica e institucional das E.M

Fonte: Modificado de Facchini et al, 1998.

4.2 EDUCAÇÃO MÉDICA NACIONAL: reflexões históricas sobre as transformações sociais e políticas no Brasil

A origem das instituições escolares no Brasil, segundo Mattos (1958, p. 37), pode ser localizada no ano de 1549 com a chegada dos jesuítas que criaram, na então colônia portuguesa, “a primeira escola brasileira”. Este início insipiente da estruturação de instituições escolares em solo nacional é dividido por Saviani (2009, p. 12) em seis períodos, a saber:

- O primeiro, compreendido de 1549 a 1759 é dominado pelos colégios jesuítas;
- O segundo, de 1759 a 1827 está representado pelas “Aulas Régias” instituídas pela reforma pombalina, após a expulsão dos jesuítas da metrópole e da colônia, com o confisco de seus bens, e as primeiras tentativas de se instaurar uma escola pública estatal inspirada nas ideias iluministas segundo a estratégia do despotismo esclarecido;
- O terceiro, de 1827 a 1890, consiste nas primeiras tentativas, de se organizar a educação como responsabilidade do poder público representado pelo governo imperial e pelos governos das províncias;
- O quarto, de 1890-1931 é marcado pela criação das escolas primárias nos estados na forma de grupos escolares, impulsionada pelo ideário do iluminismo republicano;
- O quinto, de 1931 a 1961 é definido pela regulamentação, em âmbito nacional, das escolas superiores, secundárias e primárias, incorporando crescentemente o ideário pedagógico renovador; e
- O sexto período, de 1961 aos dias atuais, onde ocorre a unificação da regulamentação da educação nacional abrangendo a rede pública em nível municipal, estadual e federal.

De acordo com essa cronologia histórica, proposta por Saviani (2009), identificamos a criação de cursos superiores e a instituição do ensino médico no Brasil, somente três séculos após o “descobrimento”, ou seja, no segundo período de estruturação escolar do Brasil, pois no período anterior a 1800, o Brasil consistia

em uma grande área territorial explorada e mantida na condição de total dependência social, política e cultural da metrópole.

De acordo com Fonseca (1916), os raros profissionais que por aqui atuavam na área médica eram portugueses que fizeram sua formação em escolas médicas de Portugal, ou um pequeno número de brasileiros, nascidos em famílias ricas, que cursaram medicina nas universidades portuguesas e voltaram para sua terra natal, em detrimento a sofisticação e a melhor qualidade de vida europeia. De uma forma geral, a maioria dos brasileiros permanecia entregue ao curandeirismo e a medicina popular, como já estava há séculos.

Com a invasão da península ibérica por Napoleão, a Família Real portuguesa refugiou-se na sua colônia mais rica – o Brasil – fato que alterou significativamente a dinâmica colonial e as práticas de vida cotidiana, pois a presença da Corte em terras brasileiras corroborou para que muitas mudanças ocorressem, como a abertura dos portos e o livre comércio com outras nações. Daí resultou na criação de uma imprensa nacional, na instituição de uma biblioteca, na aceleração do processo de industrialização e na abertura de escolas.

Em solo nacional, quando da chegada da família real portuguesa, já havia desde 1755 a instauração de medidas oficiais por parte do Marques de Pombal para tornar o ensino público, a partir de concepções iluministas em vigor na Europa, sendo essas ações impulsionadas pela presença da corte real e pela, cada vez mais, necessária, qualificação profissional na colônia (SAVIANI, 2009).

Outras instituições de ensino público, em diversos níveis, foram sendo criadas nos anos seguintes, o que, de acordo com Saviani, (2009) era fruto da lógica de ampliação do processo de profissionalização de ofícios estratégicos para o Reino e para a Colônia, somado as pressões dos nobres da corte que precisavam demandar tempo e dinheiro para a formação de seus filhos nas instituições de Ensino Superior Europeias. Inicia-se, então, a implantação de escolas de Ensino Superior no Brasil, com a escola de Artes e Ofícios e as Escolas Médico-Cirúrgicas, constituindo as primeiras instituições a serem criadas.

A primeira escola médica brasileira foi a Escola Cirúrgica da Bahia, criada em 18 de fevereiro de 1808, por Carta Régia, seguida da Escola Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro criada a 5 de novembro do mesmo ano, ambas embasadas por forte influência da medicina francesa e adotando as normas e programas da Escola Médica de Paris (VERAS et al apud GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004). Nessas

escolas, as obras de Richerand e de Pinel foram traduzidas e adaptadas para uso no Brasil, sendo estas as que podemos chamar de primeiras publicações médicas brasileiras.

Imagem 3 – Primeira Faculdade de Medicina do Brasil.



Fonte: <<http://www.universitario.com.br/noticias/n.php?i=4643>>.

É interessante assinalar que essas primeiras escolas foram edificadas sob a reputação de alguns médicos já bem conhecidos e reconhecidos como profissionais competentes e atuantes na, então, colônia portuguesa. Nesse período inicial da educação médica brasileira, o ensino era totalmente moldado nos padrões europeus, sendo a competência para ensinar medida pela competência como profissional médico.

O panorama da formação médica no Brasil modificou-se profundamente, segundo Weber (1999), quando em 1826, D. Pedro I assinou a lei que dava concessão às escolas médicas, o direito de diplomarem seus alunos, independentemente da jurisdição do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino. Em 1832 promulgou-se, então, a Lei da Regência que mudou a denominação das Academias Médico-Cirúrgicas para Faculdades de Medicina e estendeu o período de formação para seis anos. Em 1879, com uma nova reforma no ensino médico, permitiu-se a matrícula de mulheres no curso médico.

Uma característica peculiar, ao ensino médico desse período, era que mesmo ligados à escola, os alunos estavam sob a responsabilidade e jugo dos professores, em uma forma de relação muito mais pessoal do que profissional ou acadêmica.

Outro fato importante era a maneira como se instituía o ensino e a formação profissional nos primeiros anos das escolas Médico-Cirúrgicas, pois havia aulas rudimentares, conteúdos desarticulados e diplomações por vezes fraudulentas, haja visto que, na Província do Rio Grande do Sul, por exemplo, um positivismo extremado adotado pelo governo castilhistas da época permitia que alguém pudesse exercer a medicina somente pagando as taxas exigidas por lei e declarando-se médico. Não havia nenhuma necessidade de comprovação de qualquer tipo de formação para isso (WEBER, 1999).

Contraopondo-se a essas práticas educacionais no interior da academia médica, iniciam-se discussões sobre reformas e legitimação do Ensino Superior de medicina no Brasil, com a compreensão de que a educação é uma política pública e que suas diretrizes precisam partir de órgãos oficiais.

Esse fato levou a reflexões relacionadas a formação e a valorização docente no Brasil, durante o período imperial (1822-1889), porém, o aprofundamento das questões legais, estruturais e organizacionais relacionadas a formação de professores no Brasil, só atingiria seu ápice após a independência de Portugal, o que é atestado por Saviani (2009, p.143) ao informar que “[...] no Brasil, a questão do preparo de professores emerge de forma explícita após a independência, quando se cogita da organização da instrução popular [...]”.

De acordo com Abreu (2009), durante a Primeira República, o quadro social, político e econômico, pouco favoreceu a difusão do ensino, pois, o novo regime de governo acabou por assumir a forma de um Estado oligárquico, subordinado aos interesses políticos e econômicos dos grupos dominantes das regiões produtoras e exportadoras de café. Nesse quadro e em função do deslocamento do eixo econômico da região nordeste para sudeste – já observado desde o final do Império –, o desenvolvimento da educação foi marcado por grandes discrepâncias entre os estados, com a União pouco fazendo no terreno da educação pública.

No que diz respeito à prerrogativa legal, Abreu (2009) refere que a Constituição Republicana de 24/2/91 não trouxe qualquer modificação da competência para legislar sobre o ensino normal, conservando a descentralização proveniente do Ato Constitucional de 1834, que assegurou à União a

competência para legislar sobre o Ensino Superior na Capital da República (art. 34, no 30) dando-lhes, não privativamente, a atribuição de criar instituições de Ensino Superior e Secundário nos estados, bem como prover a instrução secundária no Distrito Federal (art. 35, no 3 e 4).

Em decorrência do art. 62, n. 2, que facultava aos estados todo e qualquer direito que não lhes fosse negado por cláusulas expressas da Constituição, a instrução primária e a profissional, inclusive o ensino normal, ficaram sob a responsabilidade dos estados e municípios, atribuindo-se à União a função um tanto vaga de “animar no país o desenvolvimento das letras, artes e ciências” (art. 35, no 2).

Esse quadro só ‘sofreu’ alteração em 1930 após a República Velha, quando foi instituído um governo provisório, responsável pela criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, revelando a importância dessas duas áreas sociais para a construção do novo Estado.

Reunidas sob um mesmo ministério, a pasta foi chefiada por Gustavo Capanema até o fim do Estado Novo. Em sua gestão iniciaram-se estudos visando à criação da Universidade do Brasil, à construção da sede ministerial, no Rio de Janeiro e retomou-se o desenvolvimento de ações no âmbito das campanhas sanitárias (ABREU, 2009).

Nesse período, surge o movimento educacional conhecido como Escola Nova, onde o professor torna-se apenas um facilitador do processo de ensino e de aprendizagem. Nesse seguimento, a escola de tendência tecnicista, iniciada no final dos anos sessenta no Brasil, objetivava adequar e inserir o sistema educacional e o ensino com métodos educacionais norte-americanos, ou seja, nos moldes do sistema de produção capitalista e racional, o que tolhia a criatividade do professor.

Assim, de acordo com Abreu (1997), por meio de métodos de ensino meramente técnicos, utilizava-se material sistematizado, como: manuais, módulos de ensino, livros didáticos, dispositivos audiovisuais, visando, com isso, a imediata produção de sujeitos competentes para atender o mercado de trabalho, com uma transmissão de informações rápidas, objetivas e sem intencionalidade socioafetivas.

Nessa perspectiva, passa a ser irrelevante o relacionamento interpessoal. Debates, discussão e questionamento não existem e tampouco importam as relações afetivas e pessoais dos sujeitos envolvidos no processo de ensino. O relacionamento professor aluno era puramente técnico, o objetivo era aprender e

fixar informações por parte do aluno, e ao professor cabia administrar e transmitir eficientemente os conteúdos, visando à garantia na eficácia e nos resultados da aprendizagem.

No campo social, a assistência médica, até 1920, baseava-se principalmente na medicina liberal que coexistia com a medicina filantrópica e com formas de sociedade de auxílio mútuo entre os trabalhadores (SCHRAIBER, 1993), com o Estado promovendo assistência somente aos militares e servidores públicos. Em 1923, implementaram-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões, visando proporcionar serviços de assistência aos trabalhadores urbanos, inclusive com assistência médica.

Vale ressaltar que não houve, com esse tipo de organização, contraposição à medicina liberal, ocorrendo até mesmo seu fortalecimento por meio da compra de seus serviços. Esse fato constituía-se, assim, em “formas precursoras” de mercado de trabalho assalariado para os médicos (SCHRAIBER, 1993).

Dessa forma, é considerado como marco inicial da Previdência Social 3Aposentadoria e Pensões (CAPs), dentro das empresas. Por meio dessas, instituíram-se benefícios de assistência médica, medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões aos trabalhadores.

Essa política social do governo ‘nasce’ com a finalidade de dar resposta às diversas ações organizativas dos trabalhadores, evitando o excesso de aglomeração e corporativismo, mesmo que em ‘prol’ de assistência mútua.

A concessão de serviços assistenciais, de acordo com Teixeira (2007), tinha como forma de financiamento as contribuições diretas dos empregados e empregadores e, indiretamente, da União, ficando a gerência das CAPs realizada por um conselho administrativo composto pelos contribuintes diretos, estando a cargo do Departamento Nacional de Trabalho apenas o julgamento de recursos.

No período de 1930 a 1945, embora ainda existissem as CAPs criadas no período anterior, passam a vigorar no país os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), inaugurando uma nova estrutura de Previdência Social, pois representavam uma “modernização” no sistema, visto que introduziram dentro do Estado, a estrutura previdenciária da sociedade civil, aumentando, progressivamente, o controle deste na gestão, além de colocar a contribuição da União na mesma parcela que a dos demais contribuintes, em um sistema tripartite de contribuição.

Os Institutos eram organizados por categorias profissionais, e não mais por empresas, caracterizando uma ampliação da Previdência, pois algumas categorias, que antes não eram cobertas pelas CAPs, passam a ser incorporadas por elas. Em relação a essa nova configuração da assistência social Brasileira durante a chamada “Era Vargas”, Teixeira (2007, p. 211) nos informa que:

[...] no caso das CAPs os fundos financeiros eram arrecadados entre os funcionários e empregadores, a contribuição era de 1% da renda para os empresários e 3% para os trabalhadores. Enquanto que nos IAPs os recursos eram divididos entre Estado, empresa e trabalhadores, sendo cobrado 3% dos trabalhadores e patrões, configurando assim a igualdade entre essas duas categorias e uma evolução entre CAP e IAP, pois de alguma forma, havia uma certa participação popular, já que os trabalhadores tinham a sua representação na administração.

De acordo com Teixeira (2007), no período compreendido entre 1945 e 1964, após o fim da 2ª guerra, ocorreu um grande crescimento das despesas da Previdência Social com aposentadorias e com assistência médica-hospitalar, fruto de uma política do Ministério da Saúde de terceirização e valorização de instituições que congregavam determinadas categorias funcionais, sendo chamada de “sanitarismocampanhista”.

Nesse sistema, era cobrada uma parcela de 3% para os trabalhadores e o mesmo percentual para os patrões, sendo que apenas os trabalhadores e seus familiares podiam utilizar-se dos serviços médicos oferecidos.

Diante desse contexto sócio-político, os cursos de medicina seguiam suas atividades sem grandes intervenções do Estado, com estruturação de base europeia, já possuindo um currículo integralizado em seis anos e já havendo pesquisas utilizando o método científico nas escolas de medicina da Bahia e Rio de Janeiro. Esse cenário estático e confortável para o governo e para as instituições perdurou por toda república e estado novo, com pequenas e pontuais mudanças na Era Vargas, só vindo a ‘sofrer’ alterações importantes após a adoção do modelo flexneriano¹⁸ americano pelo resto do mundo, o que provocou mudanças profundas nas escolas médicas brasileiras.

¹⁸ Segundo Da Ros (2006), o *Relatório Flexner* dos Estados Unidos tem origem com a investigação das faculdades de medicina do país, sendo financiado pela *Rockefeller Foundation* por meio da *JohnsHopkinUniversity*, passando, então, a ser conhecido como modelo Flexneriano de ensino, nascido nessa universidade americana traz uma proposta de atenção à saúde hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado em especialidades designadas por um saber acadêmico reconhecido por lei. E a hegemonia desse modelo nos Estados Unidos deve-se a sugestão de não financiamento

Segundo Lampert (2002), as mudanças ocorridas nas faculdades de medicina foram frutos da adoção oficial do modelo americano no Brasil, o que alterou significativamente a organização, estruturação e formação do corpo docente nas instituições de Ensino Superior de medicina, então, vigentes. Fato que se consolidou com a Reforma Universitária de 1968, onde foram substituídas as cátedras – oriundas ainda da influência da escola francesa – pelos departamentos acadêmicos.

Esses departamentos passaram a gerenciar as disciplinas e a organização curricular, institucionalizando nos cursos de medicina a obrigatoriedade de possuir o ciclo básico e o ciclo profissionalizante, este último contendo um período chamado de Internato Curricular, cujo objetivo seria propiciar uma retomada de todos os conhecimentos acumulados ao longo do curso, aplicando-os em um contexto de atuação profissional.

Essa compartimentalização em departamentos e disciplinas dificultou sobremaneira a interação das disciplinas, levando os cursos médicos a estimular uma formação “[...] individualista, marcada pelo conhecimento das ciências biológicas, com práticas médicas voltadas exclusivamente para ambiente hospitalar e com ênfase nas especializações” (LAMPERT, 2002, p. 65). Isso perdurou por toda a década de 1960.

4.2.1 A reforma sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

Durante o período de 1964 a 1984, compreendido como o “milagre brasileiro”, houve grande mudança na administração estatal e na reorientação institucional em todos os setores. Os governos militares, ao longo desses vinte anos, reorganizaram os trâmites institucionais das campanhas sanitárias e dos modelos curativos da atenção médica previdenciária, sendo essa época marcada por atos institucionais e por decretos que modificaram a Constituição, no tocante aos direitos de cidadania, informação e comunicação social, bem como o controle dos poderes Judiciário e Legislativo. A consequência destes atos foi um crescimento da medicina privada, desvinculado da realidade sanitária da população e voltado para o desenvolvimento científico das especialidades.

De acordo com Da_Ros (1999), a saúde passou então a ser vista como bem de consumo, abrindo espaço para a construção de um poderoso Complexo Médico-

das faculdades de medicina que não adotassem esse modelo, em nome da padronização e organização no ensino médico.

Industrial (CMI) dos fabricantes de equipamentos, medicamentos e hospitais privados, que serviria para assessorar a eleição de políticos comprometidos com a defesa de interesses próprios.

Vianna (2004) aponta que o Complexo Médico Industrial (CMI), instaurado nessa época, pode ser entendido como uma trama de forças entre os diversos atores da saúde com o setor econômico. O CMI constitui-se, então, como o resultado do desenvolvimento capitalista da área médica, onde práticas privadas tornaram-se hegemônicas e a tecnologia assumiu um *status* de benefício inquestionável para a humanidade, com o conhecimento humano girando entorno da solução de problemas de vida e morte.

Esse mesmo autor refere que todos esses fatos, presentes na história contemporânea da saúde no País, compuseram a base da luta do chamado “Movimento Sanitário”, ou seja, um conjunto de pessoas oriundas das mais diversas classes sociais, instituições e categorias profissionais, que no final da década de 1970 passaram a questionar a estrutura de saúde vigente no Brasil. A intenção do movimento era a construção coletiva de um sistema único de saúde com um caráter de inclusão de todos os cidadãos, com o objetivo de cessar o centralismo, corporativismo, clientelismo, populismo e a tendência de exclusão das classes populares, enraizada historicamente.

A luta do Movimento Sanitário, de acordo com Ribeiro (2008) era baseada na visão de saúde individual e coletiva como uma questão universal, propondo a contenção do crescimento desmedido da assistência privada que se fortalecia, tornando dispendioso e inviável a continuidade dessa prestação de serviço, em função dos altos custos, tanto para o Estado quanto para o usuário, o que em suas palavras representava:

[...] A aspiração e o desejo de avanço aos tipos de propostas em vigor na saúde nos últimos anos, e não apenas de continuidade. Foi um movimento de caráter potencialmente inovador, no campo da prática política na área da saúde, pois não se contentava em apenas modificar a lógica da assistência médica para funcionários públicos e assalariados, mais também reorganizar a assistência médica hospitalar prestada no país, desarticulando o complexo médico industrial. (RIBEIRO, 2008 p. 27).

Todas essas vozes e manifestações culminaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, sendo considerada o marco central do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), que

consagrou os princípios norteadores do Sistema Nacional de Saúde: Universalidade, Integralidade, Equidade e Controle Social, formulou um novo conceito de saúde, assim expresso em seu artigo 196: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Lei 8080 (BRASIL, 1990, p. xx) afirma em seu artigo 3º:

[...] A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, renda, educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

E, nesse mesmo sentido, o parágrafo único desse artigo acrescenta: “[...] Dizem respeito, também à saúde, as ações que por força do disposto no artigo anterior se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social”.

Essa atenção para com as diversas variáveis que interferem com a vida, levou a uma nova análise do processo saúde-adoecimento, evidenciando a saúde como resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. A partir de então, passou-se a compreender o processo saúde-adoecimento como determinado pela existência e condições de trabalho, qualidade de moradia, de alimentação e do meio ambiente, possibilidades de lazer, graus de autonomia, e exercício da cidadania, ou seja, por uma série de construções sociais, históricas, culturais e econômicas, onde se cria outro jeito de pensar as ações no setor sanitário (BARRETO, 2004).

Todas essas transformações no campo social da saúde, ainda, hoje, representam mudanças em andamento, não se fechando e definindo-se em si, pois são frutos de transformações dinâmicas e sociais que ainda estão a ocorrer em diferentes espaços de assistência à saúde, seja no ambulatório de especialidades médicas, na enfermagem de um hospital do interior, ou em uma unidade de saúde da periferia, tendo como alicerce de sua (re) configuração, a ação educativa prestada por cidadãos que constituem-se como educadores, docentes e professores, antes mesmo de serem reconhecidos como médicos.

4.3 ORIGENS DA PRÁTICA MÉDICA NO PARÁ E EM BELÉM: da Medicina Imperial a Faculdade de Medicina

A chegada de Francisco Caldeira Castelo Branco à foz do rio Amazonas, em 1616, e a construção do Forte do Presépio, na desembocadura do rio Pará, iniciou o que viria a ser a Cidade de Santa Maria de Belém do Grão Pará, marcando o início do período de colonização portuguesa na região, com o intuito de acabar com a disputa do território pelos outros países europeus, visto que ingleses, holandeses e franceses por ali já mantinham algumas bases comerciais (GUERREIRO, 2008).

Para esse autor, no bojo das necessidades logísticas e operacionais, decorrentes da colonização da Amazônia, a criação de hospitais era uma das prioridades, pois o adoecimento de soldados decorrentes de epidemias tropicais, as constantes investidas inimigas e os embates com nativos eram situações corriqueiras na nova província. Sobre a criação da primeira instituição hospitalar do Pará, Guerreiro (2008, p. 115) informa que:

[...] Após pouco mais de 30 anos da fundação de Belém foi instalado o pequeno hospital da Santa Casa de Misericórdia, instituição que já prestava serviços à população desde 1619. Somente em 1655 aportariam em Belém, de passagem, os primeiros médicos que chegaram à região. Eram Daniel Paneli, Antonio de Mattos e Domingos de Souza, que faziam parte da comissão para a demarcação de limites dos domínios de Portugal e Espanha.

Cento e dezessete anos, após a chegada de Castelo Branco, é que o primeiro médico se instalaria em Belém: o Dr. Antonio Caldeira Sardo Villa Lobo, com um salário de 100 mil réis por ano, cuja chegada coincidiu com a violenta epidemia de varíola. Em 1751, chegaria o Dr. Manoel Ignácio de Andrade; em 1753, o Dr. João de Almeida, médico do 1º Regimento de Infantaria da 1ª linha (GUERREIRO, 2008).

Em 1782, tendo assumido a diocese de Belém, o bispo D. Frei Caetano Brandão fundava um hospital de caridade, denominado Hospital do Senhor Bom Jesus dos Pobres, construído no Largo da Sé, ao lado do Forte do Castelo. Esse fato torna-se bastante relevante uma vez que, de acordo com Carvalho (1922, p. 205-206).

[...] em 1783, para uma população de 11 mil habitantes, havia dois médicos em Belém: o dr. José Gomes dos Santos, graduado em Medicina e Cirurgia por Montpellier – França, agregado da Faculdade de Coimbra e delegado do Protomedicato nas Províncias do Pará e

Maranhão; e o dr. Agostinho João Printz, médico alemão do Hospital Militar, exercendo o cargo de físico-mor no Protomedicato.

Com tantas atribuições, esses médicos retornariam à metrópole poucos meses depois. Nesse tempo, existiam na Cidade seis boticários. A situação da assistência médica à população da colônia continuou precária. Viana (1976) nos informa que, até 1768, só havia uma farmácia de segunda classe.

Diante desta situação, em 1788, o Senado da Câmara (equivalente, hoje, a Câmara Municipal) oficiou ao governador sobre a necessidade da construção de um lazareto em uma das ilhas da baía de Santo Antônio, para a quarentena dos navios de transporte de escravos africanos para cá trazidos, na tentativa de estabelecer uma barreira contra a varíola, que grassava entre aqueles.

Em 1789, o vice-rei Luiz Vasconcelos reclamava à metrópole, alegando que, naquela ocasião, somente quatro médicos exerciam suas atividades no Brasil¹⁹. Em 1793, houve uma nova e grande epidemia de varíola em Belém. Para combatê-la, só existiam um médico e um cirurgião²⁰. Em 1799, esteve em Belém, vindo de Lisboa, o cirurgião Francisco Xavier de Oliveira. Seu objetivo era fazer observações e experiências com sondas e outros instrumentais de uso médico, como: velas, confeccionados com goma elástica, oriunda da seringueira. Ao retornar a Lisboa, no mesmo ano, anunciaria a venda do instrumental, que levava em grande quantidade. Até a chegada da família real portuguesa a Salvador, em 1808, fugindo das tropas napoleônicas, não existia, oficialmente, ensino médico no Brasil (MELO,1989).

A atividade médica obedecia a determinadas prescrições legais, compatíveis com as necessidades e as circunstâncias de então. Inicialmente, havia a figura do físico-mor e do cirurgião-mor do reino, encarregados de fiscalizar o exercício da profissão em Portugal e suas colônias, além de expedir as licenças para o exercício, após aprovação oficial dos autos de habilitação dos que desejassem obter suas cartas. Com a criação da Junta do Protomedicato, esse encargo passou a nova instituição, que referendava a avaliação feita pelos deputados ou pelo Senado da Câmara.

¹⁹ Segundo José Gonçalves Fonseca e Ribeiro Sampaio (ano), um único cirurgião português atuava num raio de mais de trezentas léguas, visitando em períodos pré-determinados os distritos de Mato Grosso, Maranhão e Pará, confirmando a quase inexistência de médicos no Brasil. (VIANA, 1976)

²⁰ Quando houve o recrudescimento da epidemia, em 1796, já existiam mais alguns médicos e cirurgiões, sendo citado entre eles o dr. Bento Vieira Gomes.

Nesse tempo, as pessoas que comprovassem haver frequentado por quatro anos qualquer hospital, onde aprendiam seu ofício na prática com um cirurgião já habilitado, podiam habilitar-se ao exercício da cirurgia, bastando realizar sumário exame perante os deputados (CARVALHO, 1922).

Em geral, os candidatos apresentavam atestados dando conta da sua competência e da necessidade de sua presença no lugar onde moravam²¹. Já os físicos eram aqueles que haviam estudado e se formado nas universidades europeias. Mesmo tendo sido enviados à metrópole devendo depois retornarem ao Brasil, em geral preferiam por lá ficar ao invés de enfrentar a realidade colonial no Brasil. Quando muito, ao retornarem à colônia, concentravam-se nas cidades e vilas maiores, deixando o interior totalmente desprovido desses profissionais.

A necessidade de profissionais para cuidar da saúde da corte então transferida (estimada em torno de 10 mil pessoas) e a consequente dificuldade de contato com a metrópole por conta das ações das tropas francesas, que impediam que de lá viessem os cirurgiões aprovados pela Junta do Protomedicato e os físicos diplomados em Coimbra, fez com que D. João VI, por proposta do Dr. José Correa Picanço, assinasse, em 18 de fevereiro de 1808, um Decreto, criando na Bahia a Escola de Cirurgia. Ao se transferir para o Rio de Janeiro, seis meses depois, D. João VI assinaria decreto semelhante naquela Cidade (VIANNA, 2004).

A partir daí, professores foram nomeados para ensinar anatomia teórica e prática. Segundo Oliveira (2010, p. 28), a partir desse decreto:

[...] as escolas serviam à instrução dos cirurgiões, que ignoravam a anatomia, a fisiologia e a medicina prática, bem como para os alunos que se destinavam à cirurgia no Exército e na Marinha. O curso tinha duração de quatro anos, sendo exigido, na matrícula do primeiro ano, que o aluno soubesse ler e escrever corretamente. Ao final do curso, o aluno requeria uma certidão à Escola, a qual declarava se ele estava capacitado para prestar o exame e encarregar-se da saúde pública.

De posse do certificado, o aluno era submetido ao exame e, caso fosse aprovado, seus documentos eram encaminhados a Lisboa, onde o diploma era expedido, mediante o pagamento dos emolumentos. Tais diplomas permitiam:

[...] sangrar, sarjar, aplicar bichas e ventosas, curar feridas, tratar de luxações, fraturas e contusões; era-lhes vedado administrar

²¹ Além das autorizações para médico, cirurgião e boticário, havia licenças para parteira, sangrador e curandeiro. O curandeiro era legalmente definido como “[...] aquele terapeuta com conhecimentos de plantas medicinais nativas e que as empregava para tratar de moléstias típicas de determinadas regiões” (CARVALHO 1922).

medicamentos e tratar das moléstias internas a não ser aonde não houvesse médicos; e como tais só eram tidos os diplomados ou licenciados pela Universidade de Coimbra. (MEIRA, 2006, s/p).

Por funcionarem de maneira precária, as escolas somente passariam a ter personalidade jurídica, por intermédio do decreto de 03 de outubro de 1832, que transforma as Academias Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Medicina, com significativas mudanças em sua organização, a começar pela admissão, para a qual passou a ser exigida a idade mínima de 16 anos, conhecimento de línguas (latim, inglês ou francês), de filosofia racional e moral, de aritmética e de geometria, apresentação de um atestado de bons costumes emitido pelo Juiz de Paz da freguesia, e pagamento de taxa de matrícula no valor de 20\$000 réis, quantia elevada para a época.

Miranda (2010) refere que em 1887, a Santa Casa do Pará iniciou sua expansão para áreas de saúde da mulher e criança, dando origem a atual configuração que possui hoje. Nesse período, o hospital implantou mais duas enfermarias, sendo uma especialmente para obstetrícia, denominada "Sala da Maternidade", e a outra para o tratamento de crianças. Em 1889, o hospital contava com serviços especializados de clínica cirúrgica, clínica médica, clínica obstétrica, clínica de olhos, clínica dermatológica e sifiligráfica²², e clínica de crianças.

Com a proclamação da República surge um esboço de um serviço público de saúde. Assim, em 1891, é criada uma nova organização dos serviços de higiene, composta por um inspetor, um ajudante, dois médicos vacinadores, médico demografista²³ e um químico. Em 1894, o Estado seria dividido em 16 regiões sanitárias, com a nomeação de um médico residente para cada uma delas. O serviço seria ampliado no governo Lauro Sodré, em 1886, surgindo às seções técnicas, compreendendo o Laboratório de Análises, o Instituto Vacinogênico Animal, a Demografia Sanitária e Meteorológica e a Profilaxia e Desinfecção (OLIVEIRA, 2010).

Em 1898, o governador Paes de Carvalho promoveu a remodelação dos serviços de saúde do Estado, agregando aos serviços já existentes os serviços de

²² Clínica destinada ao tratamento da sífilis, doença sexualmente transmissível muito comum no século XIX que acometia uma grande parcela da população europeia e, por conseguinte, nativos amazônidas contaminados pelos portugueses.

²³ Correspondente aos atuais epidemiologistas.

bromatologia²⁴, o laboratório de farmácia, a polícia higiênica e sanitária dos animais e os lazaretos. Em 14 de fevereiro de 1900, seria inaugurado o Hospital São Sebastião – para os variolosos e, em 29 de abril do mesmo ano, o Hospital Domingos Freire, destinado ao isolamento e tratamento da febre amarela. O novo hospital da Santa Casa seria inaugurado, provisoriamente, em 1º de agosto do mesmo ano, com o nome de Hospital de Caridade, sendo removidos do antigo Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres, 177 doentes de ambos os sexos (CARVALHO, 1922).

Esses novos espaços hospitalares representavam um “progresso” para a região, pois eram vistos como um avanço social por parte do poder público e uma cátedra de conhecimento científico e pesquisa (OLIVEIRA, 2010).

Em relação à formação de novos médicos, Miranda (2010) informa que ao longo de todo o século XIX, houve um predomínio do assim chamado "ensino livre" no Brasil, ou seja, apesar de existirem as faculdades oficiais, os estudantes também podiam frequentar cursos particulares ou livres, pois a legislação do ensino de 1832 facultava a qualquer pessoa a organização de cursos, sem interferência das faculdades. Esse fato é atestado por um decreto de 1879 que confirmava ser livre o Ensino Superior no Império, o que favoreceu por quase 10 anos a existência no Brasil de apenas duas faculdades de medicina criadas por D. João VI, uma vez que a terceira escola a ser criada, a de Porto Alegre, surgiria apenas em 1898.

Para além da permissibilidade do ensino médico que vigorara na sociedade brasileira ao longo da segunda metade do século XIX, outro fato causaria impacto no meio médico nacional. A publicação, de acordo com Melo (1989), em 1985, de um artigo denominado *O micróbio como nivelador social*, escrito pelo médico norte-americano Cyrus Edson, onde o autor, afirmava que a tão desejada igualdade entre os homens, proposta pelos socialistas, seria alcançada não por grupos políticos ou por revoluções, mas, simplesmente, por "organismos vivos, infinitamente pequenos, invisíveis a olho nu", os micróbios, causadores de doenças infectocontagiosas.

Por conta dessa realidade, com suas implicações sociais e, notadamente, econômicas num mundo que iniciava os processos de industrialização, urbanização

²⁴ A bromatologia estuda os alimentos, sua composição química, sua ação no organismo, seu valor alimentício e calórico, suas propriedades físicas, químicas, toxicológicas, adulterantes, contaminantes e fraudes. É a ciência que estuda tudo aquilo que é, de alguma forma, alimento para os seres humanos, tendo haver com o alimento desde a produção, coleta, transporte da matéria-prima, até a venda como alimento natural ou industrializado" (CARVALHO 1922).

e crescimento populacional, era fundamental a aplicação de medidas saneadoras, a fim de que os projetos colonialistas pudessem ser levados a cabo.

A influência dessas ideias no imaginário local, fez com que se intensificassem medidas de saneamento e controle de vetores, estreitassem laços de cooperação acadêmica internacional e se investisse em reformas nos serviços de saúde, tendo estas iniciadas no governo de Paes de Carvalho e continuadas no governo seguinte, de Augusto Montenegro (MELO, 1989).

Essas melhorias seriam decisivas para o combate à epidemia de peste bubônica surgida em outubro de 1903, como informa Miranda (2010, p. 15):

[...] Prevista a epidemia, já no governo Paes de Carvalho haviam sido importadas vacinas em grande quantidade. Além disso, Montenegro estabeleceu uma estação sanitária na ilha de Tatuoca, em frente a Belém, com desinfetórios para o expurgo das embarcações, hospedaria, armazém para as mercadorias suscetíveis de transmitirem a doença e uma farmácia. Também criou a Comissão do Saneamento de Belém e equipou plenamente o Serviço Sanitário Marítimo, tornando o Pará o Estado mais bem aparelhado do norte do País para o combate à peste bubônica. Ao primeiro caso notificado e confirmado procedeu-se à vacinação da população, à desinfecção das casas onde havia doentes e sua remoção para o Hospital São Sebastião, além de combate mortal aos ratos, tendo a epidemia considerada debelada em abril de 1904.

Após esse período de estruturação, organização e ampliação dos serviços públicos de saúde no Pará, surge o interesse por parte da sociedade científica paraense de se organizar enquanto classe, surgindo, assim, no final do século XX, por iniciativa do governador e médico Paes de Carvalho, uma agremiação científica formada por médicos e farmacêuticos. Desse modo, em 8 de novembro de 1897 seria criada a Sociedade Médico-Farmacêutica do Pará, "com o fim de tratar dos interesses científicos e sociais". Essa Sociedade, que lançaria três anos depois o *Pará-Médico*, a primeira publicação médica do Estado, 'sofreria' uma cisão em 1900, culminando com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Pará (FIGUEIREDO, 2006).

Ainda, de acordo com Moreira (2006), as condições sanitárias no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, eram bastante precárias, fazendo com que surgisse na Primeira República um movimento de reforma da saúde pública, "[...] de vital importância para a construção de uma ideologia de nacionalidade e para a formação do Estado brasileiro". REFERENDAR.

Tal momento histórico traria grandes repercussões socioeconômicas, particularmente para a Região Amazônica que, ainda, ocupava um lugar de destaque na economia brasileira por conta da borracha, e continuava atraindo investimentos estrangeiros, a exemplo dos recursos para construção da estrada de ferro Madeira-Mamoré e do porto de Belém.

Diante desses importantes acordos internacionais, da expansão do comércio exterior e visando à manutenção de investimentos futuros, era necessário que ocorresse o saneamento das grandes cidades e seus portos, ligados diretamente à Europa e aos Estados Unidos, bem como das áreas produtoras de matérias primas, como o vale amazônico. Nesse sentido, em parceria com a Companhia Madeira-Mamoré *Railways* e a *Portof* Pará, em 1910, o governo paraense contrata os serviços do Dr. Oswaldo Cruz, visando à erradicação da febre amarela, que se tornara endêmica no Estado desde 1850, assim como estabelecer medidas gerais de saneamento para a região que tinha a malária como um dos seus maiores flagelos.

Mesmo com todo o empenho das autoridades em manter o espaço amazônico como importante centro exportador de matéria prima, os anos de 1910 marcaram em âmbito internacional e de forma inexorável o final da *Belle époque*, simbolizando, também a dissolução da organização econômica do século XIX, sendo consequência da perda do monopólio da sua produção, pelo produto da Malásia, obtido a partir de plantações organizadas cientificamente, causando a *débâcle* amazônica (MOREIRA, 2006).

Para Weinstein (1993), a herança deixada pelo ciclo da borracha no que diz respeito aos aspectos culturais e a educação pública, se por um lado, proporcionaram a expansão da rede escolar e a “monumentalização” dos edifícios públicos destinados a este fim, como os institutos: Gentil Bittencourt e Lauro Sodré, por outro, não foram capazes de solidificar o crescimento do ensino superior na região, com a criação de novos cursos superiores, sendo os únicos do período a Faculdade Livre de Direito (1902) e a Escola de Farmácia (1903), ambos funcionando precariamente. Para Weinstein (1993, p. 121), isso se deve ao fato de que:

[...] As elites paraenses, surgidas com a borracha, mais facilmente mandavam seus filhos estudarem na Europa, mantendo a dependência intelectual e "emocional" da metrópole, ou seja, contribuíam para uma prosperidade "efêmera e superficial", com a

manutenção de uma economia ainda vivendo e praticando usos do período colonial. Deste modo, seria desnecessário estimular a formação de "doutores" no próprio Estado.

Nesse contexto histórico, desfavorável economicamente, surge em Belém a Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará. Fundada em 12 de julho de 1914, sendo instalada oficialmente em 15 de agosto do mesmo ano, quando tomou posse a sua primeira diretoria.

Constituída pela elite médica do Estado, sob a presidência do Dr. Camilo Salgado, a Sociedade se propunha a zelar pela ética médica, defender os interesses da classe, discutir questões médicas e científicas, organizar congressos e conferências, difundir ensinamentos de higiene para a população, manter comissões científicas para os diversos ramos das ciências médicas, criar uma revista e fundar uma biblioteca e arquivo, entre outras coisas. A revista manteria o nome da editada pela Sociedade Médico-Farmacêutica do Pará: *Pará-Médico* (FIGUEIREDO, 2006).

Imagem 4 – Professores Fundadores da Faculdade de Medicina do Pará. Brasil.



Fonte: *O Estado do Pará*, de 4 de maio de 1919.

Se a criação da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará coincide com o início de uma fase econômica desfavorável para o Estado, não se pode deixar de levar em consideração que o período de fausto econômico anterior e a consequente organização de uma elite intelectual médica, no caso, representada pela Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, contribuíram para a "gestação" de um curso de medicina para o Estado.

Carvalho (1922) ressalta que a criação de um curso de medicina no Pará, em 1919, em plena depressão econômica, no período de declínio da borracha, logo após a criação do curso de odontologia (1914) e de agronomia e veterinária (1918) se justifica, pela queda do poder econômico das elites paraenses que já não eram capazes de manter os estudos de seus filhos em faculdades europeias, fazendo com que se criassem condições estruturais para a reorganização do Ensino Superior na região, a partir de recursos e mão de obra local, o que revela:

[...] “Um lento e profundo processo de transformação do conhecimento médico e de seu mercado de trabalho”, com o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina levando-a à especialização franca, refletindo-se nos currículos dos cursos, e também pela introdução de equipamentos permitindo uma melhora na precisão diagnóstica. Isto tudo alteraria o modo de fazer medicina, iniciando a fase da “medicina tecnológica”, cujo apogeu seria a partir dos anos 50 daquele século. (MIRANDA, 2010, p. 17).

A Faculdade de Medicina do Pará, posteriormente Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, a oitava a ser criada no Brasil, até a década de 1960 desempenharia um papel preponderante para a medicina em toda a Região Amazônica e parte do nordeste brasileiro, sendo considerada peça fundamental na criação da Universidade Federal do Pará, e determinante para a ocupação efetiva da Amazônia. Esses fatos e eventos históricos nos dão conta da lenta evolução da saúde e da assistência médica no estado do Pará, fenômeno este, desenvolvido à custa do atrelamento do ensino médico com as classes mais abastadas da corte e do império, o que configuraria no futuro a face da medicina no estado.

Imagem 5 – Faculdade de Medicina em 1924, Belém-Para.



Fonte: Relatório do ano de 1944, apresentado a Congregação pelo Diretor Alcyliano de Leão.

A história da medicina, desde a antiguidade até os dias atuais, representa parte da produção sócio-cultural da humanidade, com interface com fenômenos do campo da saúde, mas também de outros campos, a exemplo da educação. A medicina se constitui como prática social alimentada por objetos tanto do exercício da prática médica quanto da produção do conhecimento neste campo, que paulatinamente vem agregando outros objetos que consolidam uma perspectiva interdisciplinar do campo da saúde.

Entender que a medicina representa produção cultural, portanto, de imagens, de sentidos, constituídos tanto pela dimensão objetiva quanto pela dimensão subjetiva humana, bem como seus reflexos nas transformações sociais, implica em considerar a educação, a cultura e os saberes produzidos nas relações sócio-profissionais como vetores de práticas que podem estar assentadas tanto em um paradigma mais técnico procedimental quanto em um paradigma crítico reflexivo.

O lugar de onde falamos traduz um modo de conceber a prática docente, como prática de transformação social, ou seja, de uma prática profissional pautada nos processos críticos-reflexivos, orientadores da *práxis*, aqui entendida como um movimento de leitura da realidade, dos sujeitos, de reflexão da relação desses sujeitos com o aparato próprio de cada profissão. No caso da medicina, todo aparato técnico-procedimental deve servir como instrumento para reflexão do profissional sobre a dinâmica dos processos de saúde e doença e a sua relação com as questões de natureza sócio-culturais.

Esses apontamentos contribuem para pensarmos o lugar da docência médica no desenvolvimento da *práxis* como substrato da ressignificação profissional, a ser tratado nas subseções a seguir.

4.4 EDUCAÇÃO, CULTURA E SABERES: notas sobre a formação e a docência médica

Todas as reflexões tecidas até aqui, sobre a prática médica e as suas diversas estruturações educacionais, ao longo do tempo, nas sociedades humanas, denotam como os processos de ensino e aprendizagem são capazes de impulsionar e/ ou retardar o desenvolvimento profissional dos indivíduos em todos os níveis de formação.

No que diz respeito à constituição do saber médico no cenário nacional, é perceptível a forte influência de fatores externos e ligados a uma gama de condicionantes particulares, oriundos de cenários históricos, culturais, políticos, geográficos e ideológicos diversos, denotando as diversas imbricações existentes entre saúde e educação, em um país de vasta extensão territorial e grande diversidade sócio-cultural como o Brasil.

Esses eventos tornam perceptíveis as profundas transformações que a profissão docente médica vem ‘sofrendo’ ao longo do tempo, uma vez que está assentada sob a égide da pedagogia, das humanidades e da didática, ‘sofrendo’ a influência de uma série de fatores que resultam, em sua maioria, da heterogeneidade presente em nosso país, pois, ao considerarmos as novas condições de permeabilidade social das mídias e da informática, dos meios de comunicação e das redes de relações – presenciais ou virtuais –, responsáveis por novas posturas na moralidade e nas relações interpessoais, nas famílias e nos grupos de referência, o impacto na socialização das pessoas é visível e resulta no ingresso acadêmico de alunos com vivências cotidianas e aprendizagens sociais prévias ou paralelas ímpares, com expectativas bem diferenciadas de como a que ocorria há décadas.

Nesse contexto, é importante destacar que, de acordo com Eagleton (2000), o fato da cultura assumir um papel de destaque nesse cenário, não porque ocupe uma posição única e privilegiada, ou porque seja uma categoria epistemologicamente superior às demais instâncias sociais, como: a política, a economia ou a educação, e sim porque perpassa tudo o que acontece em nossas vidas, sendo parte integrante de todas as representações que fazemos dos diversos fenômenos presentes na contemporaneidade.

Outra especificidade cultural é a capacidade de atravessar tudo àquilo que é do social, tal qual a escola e as práticas de ensino, fazendo com que todas as proposições relacionadas ao ato de ensinar e o fazer docente, bem como todas as ações educativas positivas ou negativas reverberem ao longo dos sistemas educacionais vigentes, visto que o fenômeno educacional se constitui em um importante instrumento de difusão e absorção dos aspectos culturais de uma sociedade, sendo influenciado e influenciador desta.

A partir desse pressuposto é factível acreditar que no ambiente escolar haja uma confluência de contradições e simbolizações, que caracterizam, com mais ou

menos intensidade, inúmeras situações tensionais presentes no cotidiano escolar, sob as quais o professor precisa lidar durante a sua prática docente.

Dessa forma, os professores são chamados a compreender os alunos, motivá-los, formá-los, ensiná-los e, conseqüentemente, ter a compreensão de que a educação cada vez mais, se desenvolve em uma situação em que a distância entre a idealização da profissão docente e a realidade do trabalho tende a aumentar, em razão da complexidade e da multiplicidade de tarefas que são chamados a cumprir nas escolas.

Essas novas situações solicitam, cada vez mais, que esses profissionais estejam preparados para exercer uma prática contextualizada, atenta às especificidades do momento, à cultura local e as diversas trajetórias de vida e expectativas escolares dos alunos, pois, de acordo com Geertz (1991, p. 231).

[...] cada indivíduo está atrelado a uma teia de significado tecida a partir de sua história, e, ao se analisar essa heterogeneidade sócio-cultural deve-se levar em consideração os inúmeros símbolos que se materializam no comportamento humano, e que são transmitidos historicamente durante a formação de cada um, tendo a certeza de que sem homens não haveria cultura, mas, de forma semelhante e muito significativamente, sem cultura não haveria homens tão pouco a constituição da sociedade e de suas instituições.

Essa valorização dos aspectos sócio-históricos e culturais é ressaltada por Williams (2011), ao considerar que essas condições surgem a partir da interação mútua de todas as práticas sociais, por meio da qual, os homens e as mulheres constroem a história, sendo essa mentalidade social ou "superestrutura social", fruto do desenvolvimento das relações materiais, vividas e construídas, historicamente, pelos homens.

Ao se destacar as conjecturas existentes entre os aspectos culturais e a prática docente, torna-se pertinente ressaltar com base no referido autor que a compreensão do termo cultura, não pode ser visto apenas como um processo e como produto do trabalho na transformação da natureza, precisa também estar relacionado às modificações que os indivíduos realizam sobre si mesmos para criar um mundo de relacionamento, fundado sobre as regras sociais, que os obriga a aprender, criar e recriar esse próprio mundo, transformando o ambiente natural e a sua vida.

Essa concepção de cultura, atrelada a sociologia e a história, é determinante para se pensar e fazer da educação uma atividade interacional e valorativa das

características individuais de cada aluno, uma vez que estes são detentores de uma singularidade histórica e social ímpar, necessitando dotar os professores de condições teóricas e materiais para lidar com esses aspectos e, assim, favorecer a capacidade de reconfigurar e ressignificar suas ações e ideias, para, então, transmiti-las no interior das escolas.

Essa transmissão de informações, revestidas de sentido dentro das instituições educacionais, está fortemente atrelada ao conceito de linguagem proposto por Bakhtin (1992), pois segundo este autor, é por intermédio dessa que ocorrem os resultados de uma produção humana acontecida na história e construída nas interações sociais e nos diálogos vivos, não podendo ser compreendida isoladamente, fora de seu contexto social, sendo necessário a presença de fatores extralinguísticos para o seu entendimento e a percepção de que o signo ideológico por excelência é a palavra que atua como uma ponte entre dois sujeitos, no caso, em questão, representada pelo professor e aluno, atores envolvidos nas comunicações sociais e educacionais.

Essa ênfase nos processos linguísticos é também apresentada por Vigotski (1991), ao considerar que a linguagem pode ser entendida como produtora de sentidos e marcada pelas experiências vivenciadas por cada indivíduo, sendo responsável pela maneira com que os homens irão se expressar no mundo e, conseqüentemente, constituir suas “bagagens”, oriundas da cultura que os “denunciarão” e os identificarão, caracterizando, assim, a forma de vestir, de falar e de se comportar como uma expressão particular, que irá exercer forte influência na maneira como as interações comunicativas e relacionais serão construídas nos mais variados ambientes, seja no interior de uma sala de aula, no pátio de uma escola ou nos espaços de convivência.

Nessa perspectiva, é válido destacar as atribuições de sentido que os professores dão a sua profissão, a visão de aluno, as suas práticas profissionais e os recursos pedagógicos que dispõem, pois, estes repercutem diretamente na forma como a prática docente emerge durante o discurso interno: o pensamento e é direcionada para seu discurso externo: a fala a partir de cada palavra.

Isso permite um olhar mais profundo sobre a história de vida dos professores e de como esses sentidos foram construídos ao longo da sua formação, pois, assim, como todos os desafios e superações, presentes em seu percurso de vida, foram importantes para o seu crescimento pessoal e profissional.

Nesses termos, as representações e sentidos construídos na e pela história, são de grande relevância para a condução dos processos de ensino e aprendizagem, sendo capazes de aproximar ou distanciar o professor da consciência de que não existe neutralidade em suas ações, pois são responsáveis no campo educacional pela transmissão, por intermédio da linguagem, de uma cultura de reprodução ou de resistência, de avanços ou de retrocessos, uma vez que não é possível pensar os sistemas educacionais, sem reconhecer as estruturas que os criou, os interesses políticos que os articulou e as práticas solidárias e/ ou competitivas que os instituiu.

Diante dessas idas e vindas dos processos de comunicação no campo escolar é importante que se estabeleça uma relação entre eles, pois estes são oriundos de um sistema de significados interrelacionados. Assim, torna-se evidente que a educação, além de socializar as ciências, as artes e a literatura, também favorece o ato educacional e a especificidade do saber, pelo fato de que ao se instituir é capaz também de construir significados e valores formulados no coletivo e nas interações humanas.

Para Freire (1989, p. 128), essa concepção ideológica da linguagem e a força presente na palavra são cruciais para o crescimento dos homens, pois:

[...] Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação/reflexão, dizer palavras não é privilégio de alguns homens, mas o direito de todos, assim o diálogo é este encontro com os homens, mediatizados pelo mundo, que cria um espaço para a construção do amor profundo ao mundo e aos homens, assim, é desumano a escola não viabilizar aos seus alunos, em seu ambiente, o acesso a saberes e práticas que dignifiquem a vida do ser humano enquanto cidadão pensante e agente da sua própria história.

Esses laços e entrelaços, que unem cultura e linguagem, fazem da prática docente uma ação cada vez mais complexa no momento atual, sendo necessário que o professor busque assumir, durante a sua prática, uma postura de flexibilidade comunicativa para que haja uma consciência das diferenças e uma negociação daquilo que é determinado culturalmente, para ser possível conceber o espaço da sala de aula como um local de leituras e ambiente de oralidade e trocas, onde cada sujeito tenha o direito de criar e sustentar os seus discursos na construção do conhecimento.

A escola deve assumir um papel de facilitadora na interação entre o ser humano e a palavra, pois cada palavra revela um mundo particular que se torna coletivo ao estabelecer um diálogo que, por sua vez, se converte em comunicação e esta propicia a construção de múltiplas relações, não estando isoladas, nem isentas da ação de interferências externas, pois ‘sofrem’ influência de forças políticas e econômicas, o que reduz a importância desses fenômenos interacionais, uma vez que a ênfase é dada na escola como produto, o que a reduz a um elemento secundário pela esfera pública.

Tardif e Lessard (2007) demonstram como essa desvalorização da escola e da docência trazem consequências negativas para a sociedade, pois para os autores, as instituições educacionais e o saber circulante contido nelas, constituem um setor nevrálgico da sociedade humana, representando o *lócus* material e o ato teórico, reflexivo e prático do saber institucionalizado, sendo responsáveis pelo entendimento, transmissão e acompanhamento das transformações ligadas a dinâmica social na contemporaneidade.

Nessa perspectiva, Gatti (2007) chama a atenção para a importância de valorizar o papel ocupado pelo professor e a sua prática nos diversos níveis de ensino, uma vez que esta, somada aos diferentes fatores relacionados a cultura, história, currículo e condições institucionais das escolas, irá sinalizar o cenário futuro de formação dos sujeitos, resultantes dessa interação.

O papel do professor e o impacto de suas ações sobre o processo ensino-aprendizagem são também destacados por Nóvoa (1995), ao considerar o quanto o seu “modo de vida” pessoal acaba por interferir no campo profissional, sendo essas questões originadas em oposição aos estudos que reduzem a profissão docente a um conjunto de competências e técnicas, gerando uma crise de identidade dos professores, em decorrência de uma separação entre o eu profissional e o eu pessoal. Pois para o autor “[...] esse movimento surgiu num universo pedagógico, num amálgama de vontades de produzir um outro tipo de conhecimento, mais próximo das realidades educativas e do cotidiano dos professores (NÓVOA, 1995 p. 19).

No que concerne à atuação dos professores na esfera superior dos cursos de Graduação, em especial a saúde, é necessário que ocorra profundas mudanças nas estruturas institucionais de modo a contemplar dois aspectos importantes da docência em saúde: a inserção teórica e prática dos aspectos pedagógicos

necessários à ação docente por parte de profissionais com formação estritamente técnica que passam a atuar no campo do Ensino Superior; a valorização das subjetividades de cada aluno e a maneira como constroem seu mundo de significados atrelados à cultura e à linguagem.

Nascimento (2015, p. 3), ao considerar no campo educacional a importância dos aspectos socioafetivos e emocionais dos alunos, como parte da aprendizagem, informa que:

[...] O contexto contemporâneo se por um lado abriga inércias, avanços e recuos no âmbito da educação. Por outro lado, se articula as novas demandas tecnológicas de produção, somadas a diversas razões de ordem econômica e social, exigindo cada vez mais do sujeito o aprimoramento de aprendizagens, na qual o raciocínio lógico em curto espaço de tempo, o poder decisório, a solução de problemas, a inventividade, a reflexão dentre outros requisitos garantam o atendimento e a oferta das necessidades concernentes à realidade vivida. Cumpre destacar que a dimensão emocional e afetiva se insere no rol de aprendizagens importantes para o amadurecimento do sujeito nos dias atuais.

Gonçalves (2001) mostra a tendência crescente das pesquisas, em nossa realidade, de procurar valorizar o estudo dos saberes docentes na formação de professores, pois a ênfase em determinados aspectos do saber docente foi se alterando ao longo dos anos, passando de uma valorização quase exclusiva de saberes específicos que o professor tinha sobre a sua disciplina na década de 1960, para à valorização na década de 1970 dos aspectos didáticos-metodológicos, relacionados às tecnologias de ensino e o domínio dos conteúdos, para então se ater nos anos de 1980 sobre a dimensão sócio-política e ideológica da prática pedagógica.

No momento atual, apesar de não se negar a consubstancialidade e o necessário acúmulo desses saberes para a composição da formação docente, é acrescentado o saber emocional e sócioafetivo como componente da estrutura formativa de professores na contemporaneidade.

Ao repensar a formação dos professores a partir da análise de suas práticas pedagógicas, Pimenta (2004) identifica o aparecimento da questão dos saberes como um dos aspectos a ser considerado nos estudos sobre a identidade da profissão do professor.

Dessa forma, resgata a importância de se considerar o professor em sua própria formação, num processo de reelaboração dos saberes iniciais em confronto

com sua prática vivenciada, identificando como seus saberes vão-se constituindo a partir de uma reflexão na e sobre a sua prática. Essa tendência reflexiva se apresenta então, como um novo paradigma na formação de professores, sedimentando uma política de desenvolvimento pessoal e profissional dos professores e das instituições de ensino.

Segundo Silva (2000), a partir do final dos anos de 1980, surgiram novos conceitos para a compreensão do trabalho docente, com abordagens que passaram a reconhecer o professor como sujeito de um saber e de um fazer, o que levou a necessidade de se investigarem os saberes de referência dos professores sobre suas próprias ações e pensamentos, visto que:

[...] a análise dos valores e princípios de ação que norteiam o trabalho dos professores pode trazer novas luzes sobre nossa compreensão acerca dos fundamentos do trabalho docente, seja no sentido de desvendar atitudes e práticas presentes no dia-a-dia das escolas que historicamente foram ignoradas pela literatura educacional (e talvez possam trazer contribuições para o trabalho e a formação de professores). (SILVA, 2000, p.3).

Therrien (1995) salienta o quanto os estudos sobre a formação do professor ainda persistem numa dissociação entre a formação e a prática cotidiana, com pouca ênfase na questão dos saberes que são mobilizados na prática, ou seja, os saberes da experiência, os quais integram a identidade do professor e constituem-se em elemento fundamental nas práticas e decisões pedagógicas, tendo como principais características o fato de serem originais, plurais e centrais no que diz respeito a competência profissional, sendo oriundos do cotidiano e do meio vivenciado pelo professor.

De acordo com Therrien (1995), esses saberes podem refletir tanto a dimensão da razão instrumental que implica em um saber-fazer ou saber-agir, tais como: habilidades e técnicas que orientam a postura do sujeito, quanto a dimensão da razão interativa que permite supor, julgar, decidir, modificar e adaptar de acordo com os condicionamentos de situações complexas.

Sobre este assunto Tardif(2007) revelam que, quanto mais um saber é desenvolvido, formalizado e sistematizado, como acontece com as ciências e os saberes contemporâneos, mais se revela longo e complexo o processo de aprendizagem que exige, por sua vez, uma formalização e uma sistematização adequada. Nesse processo, os autores revelam que os saberes da experiência não são saberes como os demais, eles são, ao contrário, formados de todos os demais,

porém retraduzidos, “polidos” e submetidos às certezas construídas na prática e no vivido.

Gauthier et al (1998) demonstra que a concepção de saber, não impõe ao professor um modelo preconcebido de racionalidade. Dessa forma, o saber do professor pode ser racional sem ser um saber científico, pode ser um saber prático que está ligado à ação que o professor produz, um saber que não é o da ciência, mas que não deixa de ser legítimo. Assim, o saber é considerado como resultado de uma produção social, sujeita a revisões e reavaliações, fruto de uma interação entre sujeitos e de uma relação linguística, estando inserido num contexto em que terá valor na medida em que permitir manter aberto o processo de questionamento.

Ainda sobre esse assunto, Pimenta (1999) destaca a importância da mobilização dos saberes da experiência para a construção da identidade profissional do professor, identificando três tipos de saberes da docência:

- **da experiência**, que seria aquele aprendido pelo professor desde quando aluno, com os professores significativos etc., assim como o que é produzido na prática num processo de reflexão e troca com os colegas;
- **do conhecimento**, que abrange a revisão da função da escola na transmissão dos conhecimentos e as suas especialidades num contexto contemporâneo; e
- **dos saberes pedagógicos**, aquele que abrange a questão do conhecimento juntamente com o saber da experiência e dos conteúdos específicos e que será construído a partir das necessidades pedagógicas reais.

Pimenta (1999) enfatiza, ainda, a importância de que a fragmentação entre os diferentes saberes seja superada, considerando a prática social como objetivo central, possibilitando, assim, uma resignificação dos saberes na formação dos professores.

Essa lógica de pensamento, centrada na prática do professor, de acordo com Guarnieri (1997), busca a partir do pensamento e desenvolvimento profissional dos professores “uma epistemologia da prática” que explique como se configura o processo de aprender a ensinar, de tornar-se professor, numa tentativa de superar o modelo da racionalidade técnica e redirecionar as relações entre teoria e prática, procurando identificar quais conhecimentos são desenvolvidos pelo professor ao atuar, no âmbito da cultura escolar e das condições adversas do seu trabalho, articulando esses conhecimentos com a prática e a teoria dos acadêmicos da

formação básica, possibilitando o desenvolvimento da capacidade reflexiva que favorece o compromisso com o ensino de qualidade e a competência para atuar.

Todas essas análises sobre os saberes do professor consolidam a necessidade de se avançar sobre o assunto, tornando-se quase impossível pensar a prática docente, sem a devida formação de professores, seja no nível do ensino Fundamental ou Superior, pois para lidar com os aspectos subjetivos e inerentes ao momento atual é necessário o domínio e a sensibilidade de variadas áreas do saber, não se limitando a conteúdos da profissão.

Esse cenário demonstra a necessidade do aporte de conhecimentos, oriundos de diversos campos, como: a psicologia, a sociologia, a história, a política e a economia para que o professor da área da saúde possa manejar as situações tensionais, oriundas de campos diferenciados do saber médico, definindo, assim, a identidade profissional do professor em saúde como multifacetada no que concernem as suas funções e o modo como devem ser desempenhadas (CECIM E PERLA, 2009)

Torna-se perceptível que, para atuar em educação, é preciso atentar-se para algumas questões: saber reconhecer a função social própria relacionada à escolarização dos cidadãos; se envolver com a responsabilidade contida no ato de ensinar às novas gerações; contribuir para a consolidação de valores e práticas coerentes com os códigos e orientações morais da vida civil e atentar-se para a valorização de saberes e representações compartilhadas por alunos no ambiente escolar.

Desse modo, espera-se que ocorram mudanças no perfil do professor de saúde, sendo este capaz de refletir sobre sua prática e possa cada vez mais qualificar sua conduta diante das realidades e diferenças de seus alunos, tornando-se comprometido emocional, social e politicamente, com as novas demandas vigentes (TEDESCO, 1995; TEDESCO, 2006; TEDESCO ; GATTI, 2007).

Essas constatações nos levam a pensar que, no interior de profissões constituídas por um forte componente técnico-científico, com um conjunto de códigos próprios e forte tradição hierárquica e disciplinar como a medicina, ocorra uma diluição dos componentes afetivos e valorativos dos indivíduos, sob os argumentos técnico-científicos, derivados das marcas de uma identidade ligada a racionalidade técnica, levando a uma frágil interseção entre as demandas provenientes da sua área específica de conhecimento, o reconhecimento dos

aspectos culturais emanados e vivenciados pelos alunos dos cursos de Graduação em saúde e as necessidades gerais da educação, representadas pelos seus fundamentos e mediações didáticas necessárias para lidar com o trabalho educacional em nível Superior.

Essas problematizações, feitas sobre a prática educacional do professor médico, emanam do contexto histórico-social presente nos dias atuais, onde as opiniões sobre a prática docente em saúde, com base nas informações e nas experiências, convergem para a necessidade de ressignificarmos o projeto educacional voltado para o Ensino Superior em saúde em nosso país, pois ao se analisar a forma como ocorre a atual docência em saúde e a educação médica, compreendemos as deficiências presentes no próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e identificamos as reformas e mudanças necessárias para o seu aperfeiçoamento, a partir de sua dinâmica social (FACCHINI et al, 1998).

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

Exatamente em função desse convívio e das influências daí resultantes é que não podemos considerar “os professores” de forma homogênea, pois só o contato com alunos, em diferentes fases de sua formação médica, ao longo da vida acadêmica, já é capaz de fazer com que os professores que com eles interagem também se configurem de forma distinta.

Diversos autores (ZABALZA, 2004) ressaltam a importância de considerar o professor universitário como um profissional distinto dos demais professores, que atuam em outros níveis do ensino. Mais do que isso, por constituir-se em uma profissão, exige que quem a exerça tenha certa competência profissional.

Nas palavras de Masetto (1998, p.11), “[...] só recentemente os professores universitários começaram a se conscientizar de que a docência, como a pesquisa e o exercício de qualquer profissão, exige capacitação própria e específica”.

Embora toda a generalização seja um risco e esteja, *a priori*, provavelmente equivocada, podemos dizer que há entre os docentes uma tendência a considerar essa preparação específica para o magistério superior como importante, embora esta não seja uma percepção uniforme.

A compreensão salientada aqui é o de que a prática docente ligada ao Ensino Superior na área da saúde é um campo de estudo com características próprias, que necessita ser investigada de forma diferenciada, tendo-se em conta suas idiossincrasias.

De todas as características atribuíveis aos professores de Ensino Superior – aí incluído os professores médicos – certamente a que mais chama a atenção é a falta de preparo para o ensino, o que é colocado em evidência por vários autores (FERNANDES, 2000; FEUERWERKER, 2002; TAMOSAUSKAS, 2003; ISAIA, 2003; DA_ROS, 2004; URTIAGA, 2008).

Esse pensamento é reafirmado por Da_Ros (2004, p. 239) ao perceber que:

[...] Persiste ainda a idéia(sic) tão sedimentada – inclusive do ponto de vista institucional – de que o importante para um bom professor médico é a competência na sua área técnica e que a sua excelência profissional garantiria uma igualmente excelente atuação como docente. Ou por outra, “bastaria aprofundar o conhecimento técnico da especialidade e despejar este conteúdo no recipiente vazio, que é a cabeça do aluno”.

Nesse sentido, Isaia e Bolzan (2004, p. 130) falam da necessidade de adoção de uma ideia de aprendizagem compartilhada, visto que “[...] os professores e alunos intercambiam as funções de ensinantes e aprendentes, não tendo, nenhum deles, o monopólio exclusivo de uma delas”.

O que aparece de forma evidente ao se fazer uma leitura crítica acerca da realidade das escolas médicas é o que Fernandes (2000, p. 97) salienta quando diz que “não se pode reduzir a formação do professor universitário a pendores naturais ou ao domínio de conteúdo científico do seu campo específico”.

Dessa forma, é perceptível que, de acordo com Tamosaukas (2003) e Urtiaga (2004), a formação médica é voltada essencialmente para a qualificação do médico que irá atuar como técnico em medicina, não havendo, em nenhum momento do curso de Graduação, um maior interesse na discussão de aspectos didáticos e pedagógicos do processo ensino/aprendizagem, ou ainda da valorização de características individuais e subjetivas dos alunos, ficando a motivação para o

ensino por conta do contato, nos tempos da Graduação, com algum professor de quem gostavam.

A ideia de que o professor de medicina é antes um médico do que um docente é facilmente perceptível em muitos dos textos produzidos sobre o assunto (FERNANDES, 2000; FEUERWERKER, 2002; TAMOSAUSKAS, 2003; ISAIA, 2003; DA ROS, 2004; URTIAGA, 2008).

Sobre este fato Zabalza (2004, p. 105) refere que:

[...] O problema envolve desde concepções individuais dos professores até as formas de incentivo ao trabalho dentro das instituições de ensino superiores, onde o reconhecimento profissional passa ao largo da atuação didática, centrando-se na competência e na produção, muitas vezes quase exclusivamente nesta última. Sendo esta, uma explicação de porque alguns professores preferirem ter o mínimo de contato com os alunos, direcionando sua atuação para a produção científica ou das atividades produtivas que geram méritos acadêmicos e que redundam em benefícios econômicos e profissionais.

Há ainda um fator importante, salientado por Urtiaga (2008), o fato de que ao se falar do professor médico – embora o discurso corrente diga que a atividade profissional técnica é a mais importante –, muitos médicos que atuam como professores não se furtam a alardear esse fato com o intuito de angariar respeito e, possivelmente, pacientes para a sua atividade privada.

Isso significa dizer que embora construam a sua identidade profissional sobre a atuação de técnico em medicina, atribuem ao exercício da docência uma significativa importância, como se isso os fizesse melhores profissionais e permitisse uma maior valorização dentro do mercado de trabalho.

A explicação para essa postura reside, novamente, na crença de que os bons profissionais são automaticamente bons professores – quem sabe fazer sabe ensinar – e deixa claro que essa não é uma concepção exclusivamente universitária, pois está no imaginário social, estejam elas ligadas ao ensino ou não.

Uma das formas de se constatar que socialmente é muito mais reconhecido o ser médico do que o ser professor é que a maioria dos indivíduos opta por apresentar-se como médico, não como professor de medicina, o que para Zabalza (2004, p. 107) implica dizer que:

[...] O lugar onde se deposita nossa identidade é no conhecimento sobre a especialidade (o que nos identifica com os outros colegas de especialidade, sejam ou não sejam professores) e não no conhecimento sobre a docência (o que nos identificaria com os

outros colegas da universidade, sejam ou não sejam de nossa especialidade).

Assim, para que se possa materializar essas novas formas de conceber a prática docente no ensino médico, é importante que se mude o ensino médico tradicional, com a adoção e valorização de todos os temas insurgentes, vinculados à saúde pública no momento atual, a partir de uma partilha de saberes entre professores e alunos, mediadas pela linguagem e consubstanciada pela cultura.

Para Da_Ros (2004), esse movimento de mudança provoca ressignificações da prática médica tradicional, levando a uma situação em que se possa inseri-la em uma prática humanizada, crítica, reflexiva, que percebe as pessoas como um todo e que se amplie suas possibilidades de resolutividade. Segundo esse autor, essas mudanças induziriam transformações importantes na função docente que, por sua vez, seria responsável por alterar a própria prática da medicina, em um fenômeno cíclico de transformações mútuas entre a prática social e educacional que levaria a formação de “novos professores para formar novos médicos”.

Essas reflexões nos permitem acreditar que a constituição do professor médico pautado em um paradigma crítico e reflexivo, só é possível a partir de processos de formação e (re)significação ocorridos ao longo do tempo e marcados pela influência das chamadas ciências humanas; sociologia, psicologia, filosofia, pedagogia etc. Essas ciências serviriam, então, para compor o amálgama constitucional dos profissionais médicos que exercem o ofício de professor, sendo determinantes para a constituição da pluralidade de conteúdos e saberes necessários a docência no campo médico.

Desse modo, seguindo a lógica do homem plural de Kosik(2002), a diversidade de conteúdos e saberes, necessários a constituição dos professores médicos, exerce influência na formação de suas identidades, pois reflete a totalidade de traços da socialização a qual estiveram expostos ao longo de suas vidas, sendo expressa de maneira singular nos diferentes campos aos quais pertencem.

Essas identidades, construídas sob um paradigma técnico procedimental e elaboradas a partir das vivências e socializações individuais de cada médico professor, é responsável pelos seus posicionamentos sobre diversos aspectos da sociedade, pela reflexão exercida na e sobre a prática por esses sujeitos e, principalmente, pela utilização do exercício da docência médica como uma atividade

social transformadora, o que ao nosso entender compreende o que se convencionou chamar de “*práxis*” ou “filosofia da *práxis*”.

Segundo Adolfo Vázquez (1968), na transcrição direta do termo empregado na Grécia Antiga, “*práxis*” designa ação propriamente dita; usamos cotidianamente o termo “prática”, sendo “*práxis*” um termo mais restrito ao vocabulário filosófico.

O autor nos informa que embora sejam aparentados etimologicamente, “prática” traz conexões semânticas diferentes das que se encontra em “*práxis*”: a primeira tem significado cotidiano de “atividade prática humana no sentido estritamente utilitário e pejorativo”. A segunda significava, em grego antigo “ação para levar a cabo algo, mas uma ação que tem seu fim em si mesmo e que não cria ou produz um objeto alheio ao agente ou à sua atividade” (VÁZQUEZ, 1968). Vázquez (1968) diz ainda que, em Aristóteles, a ação moral (toda ação que não engendra nada fora de si mesma) é chamada de “*práxis*”.

Compreendida, então, como atividade social transformadora, Vázquez (1977, p. 185), afirma que “[...] toda *práxis* é atividade, mas nem toda atividade é *práxis*”. Nesse sentido, a *práxis* é uma atividade conscientemente orientada, o que implica não apenas as dimensões objetivas, mas também subjetivas da atividade. Dizemos de outro modo, a *práxis* não é apenas atividade social transformadora, no sentido da transformação da natureza, da criação de objetos, de instrumentos, de tecnologias; é atividade transformadora também em relação ao próprio homem que, na mesma medida em que atua sobre a natureza, transformando-a, produz transformação a si mesmo.

Se a atividade prática por si só não é *práxis*, tampouco a atividade teórica por si só, é *práxis*. “[...] a atividade teórica proporciona um conhecimento indispensável para transformar a realidade, ou traça finalidades que antecipam idealmente sua transformação, mas num e noutro caso, fica intacta á realidade” (VÁZQUEZ, 1977, p.203). Assim, se a teoria não transforma o mundo, “[...] pode contribuir para sua transformação, mas para isso tem que sair de si mesma e, em primeiro lugar, tem que ser assimilada pelos que vão ocasionar com seus atos reais e efetivos tal transformação” (p. 207).

Vázquez (1968) considera que os traços fundamentais de uma verdadeira *Filosofia da Práxis* – uma filosofia da transformação do mundo – já aparecem nas Teses sobre Feuerbach (apesar de ainda apresentar certo antropologismo), sendo esta, explicitada por Marx nesse mesmo período, como fundamento de toda relação

humana, ou seja: “[...] se a relação prática sujeito-objeto é básica e original, a relação sujeito-objeto no plano do conhecimento tem que inserir-se no próprio horizonte da prática” (VÁZQUEZ, 1968, p. xx).

Para Marx (apud KONDER, 1992), só se pode formular a questão da objetividade no âmbito da *práxis*, e colocar no centro de toda relação humana a atividade prática (transformadora do mundo), se esta for capaz de trazer consequências profundas para a questão do conhecimento. Konder (1992) também considera que é na obra *Teses sobre Feuerbach*, de Marx que fica esclarecido o sentido e torna-se preciso o alcance do conceito central da filosofia de Marx: o conceito de *práxis*.

Segundo Konder (1992), nessas teses, Marx (apud KONDER, 1992) superou duas unilateralidades (materialismo e idealismo) pensando “[...] simultaneamente a atividade e a corporeidade do sujeito, reconhecendo-lhe todo o poder material de intervir no mundo” (KONDER, 1992, p. xx). E a *práxis* consistia exatamente nisso, nessa intervenção: “[...] a atividade revolucionária, subversiva, questionadora e inovadora, ou ainda, numa expressão extremamente sugestiva, crítico-prática” (KONDER, 1992, p.115). Konder (1992, p.115) define a *práxis* já sinalizando nela a presença da teoria:

[...] A *práxis* é a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática.

Em Marx (apud KONDER, 1992), o objeto é concebido na atividade subjetiva, sim, mas como atividade real, objetiva, material, pois a verdadeira atividade deveria ser crítico-prática, transformadora, “[...] revolucionária, mas ao mesmo tempo crítica e prática, ou seja, teórico-prática: teórica sem ser mera contemplação, já que é a teoria que guia a ação, e prática, ou ação guiada pela teoria” (VÁZQUEZ, 1968, p. xx). Para Marx (apud KONDER, 1992, p. 116), *práxis* e teoria são interdependentes, interligadas:

[...] A teoria é um momento necessário da *práxis*; e essa necessidade não é um luxo: é uma característica que distingue a *práxis* das atividades meramente repetitivas, cegas, mecânicas,

‘abstratas’. [...] A práxis é a atividade que, para se tornar mais humana, precisa ser realizada por um sujeito mais livre e mais consciente. Quer dizer: é a atividade que precisa da teoria.

A noção de *práxis* social entende que os conhecimentos teóricos e a prática estão em uma condição de interdependência na medida em que a “[...] prática aqui é *práxis* humanatotal – tem primazia sobre a teoria, mas esse seu primado, longe de implicar numa contraposição absoluta à teoria, pressupõe uma íntima vinculação a ela” (VASQUEZ, 1977, p, 234).

De acordo com Severino (2000, p.46):

[...] Pela *práxis*, o homem opera e age. Ela é o movimento que articula dialeticamente a operação e a reflexão, a teoria e a prática. Para que a ação humana seja criadora e transformadora, precisa ser uma prática intencionalizada pela teoria e pela significação. A teoria separada da prática seria puramente contemplativa e, como tal, ineficaz sobre o real; a prática desprovida da significação teórica seria pura operação mecânica, atividade cega.

Significa dizer, então, que o professor assume “[...] sua prática a partir dos significados que ele(s) mesmo lhe (dão), um sujeito que possui conhecimentos e um saber-fazer provenientes de sua própria atividade e a partir das quais ele a estrutura e orienta” (TARDIF, 2002b, p.230).

No caso da docência médica, a *práxis* pode ser concebida como um duplo movimento de modificação do ato pedagógico do professor e por consequência do processo de ensino, para o qual as contribuições teóricas sobre a sociedade, a cultura, a educação e, em última instância, sobre o ato pedagógico são fundamentais.

A prática educativa é um fenômeno sócio-histórico e político-cultural e compreende o “[...] conjunto dos processos, influências, estruturas, ações, que intervêm no desenvolvimento humano de indivíduos e grupos na sua relação ativa com o meio natural e social num determinado contexto [...]” (LIBÂNEO, 2002, p. 30).

Essa complexidade de processos que cercam a prática educativa, em sentido mais aprofundado – a *práxis* educativa –, busca possibilitar a apreensão de saberes, habilidades, técnicas, atitudes, valores culturais historicamente construídos, mas também impulsionar os indivíduos a se utilizarem dessas

apreensões para refazerem a si próprios e ao seu contexto social ao qual pertencem.

Nesses termos, o ato educativo assume função mediadora, por meio do qual é possível mobilizar o “[...] conteúdo dessa mediação [que] são os saberes e modos de ação, isto é, a cultura que vai se convertendo em patrimônio do ser humano” (LIBÂNEO, 2002a, p.32).

Para Franco (2002), o trabalho pedagógico representa um esforço com objetivos diretamente relacionados à ação educativa. Nas palavras do autor referido, o trabalho pedagógico é uma ação científica sobre a prática educativa, processado em torno da compreensão das variáveis que constituem essa prática, visando a sua transformação por meio da tomada de consciência dessas variáveis.

Essa ação científica toma o suporte teórico como base, que capacita o docente em relação a sua ação educativa (FRANCO, 2002), ou seja, “[...] o processo educativo se viabiliza como prática social precisamente por ser dirigido pedagogicamente” (LIBÂNEO, 2002b, p. 34) e agrega tanto o aparato teórico quanto moral, visto que o destino da humanidade, assim como o tipo de sociedade e de sujeito a ser conformado, são demandas refletidas nas buscas daquilo que se deseja por intermédio do processo educativo.

Os apontamentos até aqui elencados sobre a natureza pedagógica do processo educativo refletem tanto questões *lato* quanto *stricto* que perpassa o exercício da docência. Therrien, Mamede e Loiola(2004, p. 53) dão exemplo disso quando ressaltam que:

[...] O modo de relação que o professor estabelece com seus alunos, tanto no que se refere à gestão da matéria quanto no plano interpessoal, é decorrente da sua concepção de educação. Assim, questões morais acerca do tipo de sujeito que ele deseja formar pela sua atuação profissional não podem ser evitadas. A inclusão do aluno no interior do processo de ensino-aprendizagem enquanto sujeito ativo depende, notadamente, da postura do docente frente a essas questões.

Nesses termos, ensinar é assumir a natureza singular que o trabalho pedagógico encerra nesse processo que implica em “[...] colocar parâmetros pedagógico-didáticos na docência da disciplina, ou seja, juntar os elementos lógico-científicos da disciplina com os político-ideológicos, éticos, psicopedagógicos e os propriamente didáticos” (LIBÂNEO, 2002a, p.35).

Nas palavras de Therrien (2006, p.8), o trabalho pedagógico procede de uma “*práxis* social transformadora” que “[...] caracteriza e direciona a comunicação, a dialogicidade e o entendimento entre ambos [professor e aluno] na direção de uma emancipação fundada no ser social”.

Se a *práxis* representa a mobilização do sujeito na direção de possíveis transformações, implica dizer que o agir humano é reflexo do que psicossocialmente é construído, seja por grupos minoritários ou instituições as quais esses grupos se vinculam.

Assim, os conhecimentos do senso comum, subsidiados pelos conhecimentos científicos, ou seja, as Representações Sociais nos ajudam a compreender o *modus operandi* de determinados grupos em relação a determinados fenômenos psicossociais, como é o caso da docência médica. Sobre esse fenômeno, a teoria das Representações Sociais apresenta possibilidades de leitura a serem tratadas a seguir.

4.5 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUAS IMBRICAÇÕES ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Nesta seção serão tecidas algumas considerações acerca do tripé teórico-metodológico formado pela teoria das Representações Sociais e a sua interrelação com a formação docente e a prática de ensino em saúde, refletindo sobre os processos construtivos das RS, a partir da dimensão afetiva da prática médica e docente discutida anteriormente.

Para trilhar o caminho das Representações Sociais são utilizados os modelos conceituais pertencentes à Moscovici (1978) e a vertente processual da teoria, desenvolvida por Denise Jodelet (2001) por ser mais adequado à identificação dos processos de formação desses sujeitos e de suas Representações Sociais.

A teoria das Representações Sociais criada por Moscovici (1978), na década de 1960, é fruto de extensa pesquisa sobre o pensamento da sociedade francesa acerca da Psicanálise, cujos resultados deram origem a publicação de seu livro, intitulado *Psicanálise: sua imagem e seu público*, em 1961, lançando, assim, as bases desse campo científico de pesquisa social.

De acordo com Moscovici (1978), para que se consiga identificar as RS em um grupo é necessário, primeiramente, compreender a definição da teoria, o que nas palavras do autor constitui:

[...] Um sistema de valores, idéias (sic) e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos do mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI, 1978, p. 27).

As Representações Sociais influenciam, cotidianamente, as atitudes e tomadas de decisão nas práticas sociais, podendo ser consideradas, ideias e imagens que temos da realidade que nos cerca, às quais possibilitam o processo de comunicação entre os indivíduos de um grupo social. Dito de outra forma, as RS podem ser entendidas como “[...] um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas” (MOSCOVICI, 1978, p. 28).

Dessas colocações, inferimos que a estruturação de uma representação se baseia no processo de atribuição de sentido ao objeto. Esse processo, por sua vez, vincula-se às articulações do objeto e a história pessoal do sujeito, sendo marcado por determinantes de diferentes níveis e ordens. Isto significa, de acordo com Moscovici (1986) dar prioridade aos vínculos intersubjetivos e sociais mais do que ao objeto. Ou seja, o vínculo com o objeto passa a ser parte intrínseca do lugar social e deve, então, ser interpretado neste contexto.

Na visão de Jodelet (2001), as Representações Sociais se produzem na experiência e servem de guia para a ação, podendo ser definidas como uma forma de saber prático. Assim, as Representações Sociais, constituem para ela: “[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada com objetivos práticos, e que contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber comum ou ingênuo, e diferenciada entre outras, do conhecimento científico” (JODELET, 2001, p. 22).

Para Jodelet (2001), existem cinco características fundamentais do processo de representação:

- Sempre é a representação de um objeto;

- Tem um caráter de imagem e a propriedade de poder relacionar o sensível e a ideia, percepção e o conceito;
- Tem um caráter simbólico e significante;
- Tem um caráter construtivo;
- Tem um caráter autônomo e criativo.

Dessa forma, toda representação possui uma imagem e uma significação, logo, ela é simbólica, construtora e reconstrutora, autônoma e criativa, pois recria o contexto vivido e não apenas o reproduz.

Nesse sentido, as RS constituem um conhecimento elaborado, construído e legitimado socialmente, influenciado pela história e pelas práticas cotidianas, sobre um determinado objeto, estando inserido em uma cultura, da mesma forma que os sujeitos que o representam só o fazem porque participam de uma sociedade e porque desenvolveram mecanismos cognitivos e afetivos próprios a essa forma de conhecimento (MOSCOVICI, 2001).

Todas essas conjecturas acerca das RS consolidam a teoria na atualidade como um instrumento de enlace com outros referenciais teóricos, passíveis de serem trabalhados, permitindo que o seu caráter dialógico e multidisciplinar, seja utilizado nos últimos anos em diversos campos do conhecimento.

Com relação à apropriação dessa teoria no Brasil e a sua utilização no campo educacional, Sá (2000) mostra que 45,3% da produção brasileira de estudos em RS, fora da Psicologia Social, foram na área da educação. Para Deschamps (apud GILLY, 2001, p. 321), as RS estabelecem um novo caminho para explicar como os fatores sociais agem no processo educativo e afetam seus resultados. Jodelet (2001) acrescenta que, com as RS, tratamos de fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico, o que faz com que esse tema, no campo das Ciências Humanas tenha se tornado assunto central.

Diante das inúmeras aplicações da teoria sobre os mais variados campos do conhecimento humano, Sá (1992) afirma que, por meio da RS recupera-se o interesse teórico-metodológico de um instrumento do saber, junto com um espaço de sentimentos e de relações humanas na construção do conhecimento.

Apesar das controvérsias e dos obstáculos, a Teoria das Representações Sociais penetrou no Brasil com uma característica peculiar de ter sido apropriada por diversas áreas do saber; como: a Saúde, a Educação, a Sociologia e a própria Psicologia Social (SÁ, 2000).

Essa apropriação das RS mostra uma insatisfação crescente com as teorias pautadas em enfoques reducionistas e com as contraposições simplificadoras, conforme destaca Madeira (2000, p. 240):

[...] Mais do que um novo modismo está em questão, o esforço para apreender os problemas da educação no processo que articula o homem concreto, em sua complexidade, à totalidade social, no movimento histórico que os faz e circunscreve em espaços e tempos precisos.

O interesse pela teoria das RS nas pesquisas educacionais tem o propósito de desvendar o conjunto de significações sociais envolvidas no processo educativo, identificando como as RS são construídas, como se modificam em grupos sociais fechados e como esses sujeitos se relacionam com o objeto de sua representação (GILLY, 2001).

Ao se considerar dentre as inúmeras áreas das ciências da educação, o campo formativo, como determinante para o sucesso das práticas pedagógicas e melhoria dos processos de ensino e aprendizagem, identificamos no trabalho docente uma gama de aplicações para o desenvolvimento de estudos que valorizem os aspectos afetivos da formação docente, como as RS, localizando essa dimensão no interior dos diferentes saberes propostos por Tardif (2000); Therrien (1997); Tardif(2007).

Esses saberes dos professores, de acordo com Tardif, (2007) apresentam características plurais, envolvendo quatro dimensões a saber:

- Dimensão dos saberes de formação profissional: são transmitidos pelas instituições de formação de professores, destinados à formação científica dos professores, em que professor e ensino constituem objetos de saber para as Ciências Humanas e as Ciências da Educação.
- Dimensão dos saberes disciplinares: são aqueles que dispõem a sociedade, originando-se da tradição cultural e dos grupos sociais produtores de saberes integrado à Universidade sob a forma de disciplinas, no âmbito de faculdades e programas distintos.
- Dimensão dos saberes curriculares: são aqueles ligados a discursos, objetivos, conteúdos e métodos a partir dos quais a instituição escolar categoriza e apresenta o conjunto de saberes que dispõe uma sociedade, por ela definidos e selecionados como modelo da cultura científica e de formação

para a cultura científica, traduzindo-se nos programas escolares que os professores devem aprender e aplicar.

- Dimensão dos saberes da experiência: são aqueles desenvolvidos no exercício de sua função e prática do seu ofício sendo fundados em seu trabalho cotidiano e no conhecimento de seu meio.

Essas dimensões posicionam o trabalho docente, de acordo com Tardif (2007) como uma construção social, articulada a um contexto sócio-histórico, emocional e político, não apenas por cumprir e executar funções pedagógicas, mas também por se constituir em uma atividade de pessoas que não podem trabalhar sem dar um sentido ao que fazem, pois atuam em constante interação com outras pessoas, o que desencadeia uma identidade particular para esse grupo.

Esse pensamento é corroborado por Nóvoa (2006, p. 38) ao considerar que “[...] a pedagogia precisa respirar. Os professores precisam se apropriar de um conjunto de novas áreas científicas que são muito mais estimulantes das que serviram de base e fundamento para a pedagogia moderna”, ou seja, para esse autor, a Pedagogia e o trabalho docente necessitam se abrir para novos constructos contemporâneos, não se restringindo a alguns saberes, como era no passado, necessitando integrar-se à complexidade social na contemporaneidade.

É perceptível, portanto, que a formação do professor é um processo complexo que envolve variados saberes, necessitando estar em consonância com as contínuas mudanças que se processam na sociedade de hoje e conseqüentemente na educação. Conforme Zainko (2003, p. 189):

[...] Para construir um processo de formação de cidadãos e profissionais que desenvolvam a sua capacidade de pensar, isto é, estar em permanente trabalho de reflexão, “a universidade precisa começar a escrever um novo capítulo de sua própria história”, adaptando-se de forma crítica às demandas de um novo tempo, buscando a construção de um projeto político-institucional que a coloque em condições de ser multiversidade, porque compreende muitos saberes e é constituída por diferentes gerações.

Para essa educadora, a reflexão é o princípio orientador da prática docente e do processo de aprendizagem contínua e permanente, pois, mediante isso, o professor é capaz de contribuir para a melhoria da qualidade social do ser humano.

Perrenoud (2002, p. 10) também destaca a competência reflexiva do professor, demonstrando como estas se apresentam sob várias faces:

[...] Na ação, a reflexão permite desvincular-se da planificação inicial, corrigi-la constantemente, compreender o que acarreta problemas, descentralizar-se, regular o processo em curso sem se sentir ligado a procedimentos prontos [...]. A posteriori permite analisar mais tranquilamente os acontecimentos e construir saberes que cobrem situações comparáveis que podem ocorrer, pois em um ofício em que os problemas são recorrentes, a reflexão se desenvolve também antes da ação, não somente para planificar e construir os cenários, mas também para preparar o professor para acolher os imprevistos e guardar maior lucidez.

Therrien (1997), em seus estudos sobre formação, apesar de acreditar que a docência está alicerçada na racionalidade técnica e ações pragmáticas, relacionadas à ciência e à tecnologia, não nega a prática da docência a partir de uma organização de saberes complexos que se expressa por um trabalho refletido e interativo, com profunda relação entre o trabalhador e seu objeto de trabalho.

Batista (2005) compreende essa prática social complexa e interdisciplinar, como formada por apreensões, singularidades, possibilidades e desafios. Nesse contexto, para o autor, a prática da docência é fundamental nos processos formativos.

Para o autor, os contextos em que se desenvolvem as propostas de formação didático-pedagógica na área da saúde contêm singularidades que devem ser compreendidas e discutidas, pois o domínio do conteúdo e o sucesso da prática profissional, não podem ser considerados suficientes para o exercício da docência, tampouco posicionar a formação docente em segundo plano em relação à prática do professor médico.

No entanto, convém ressaltar que no momento atual, para que se possa lidar a contento com as questões humanas e sociais, é necessário que o trabalho docente concilie um conjunto de saberes não dogmatizados e oriundos de diversos campos, uma vez que a regularidade e a logicidade não deram conta de resolver e tratar tudo o que é imprevisível (CONTRERAS, 2002).

No que tange ao envolvimento dos profissionais médicos com a docência, os estudos de Tardif(2007) nos ajudam a compreender de que forma e em que intensidade se organiza esse envolvimento, pois consideram no interior dos saberes a importância de aspectos ligados a sentimentos em relação a experiências escolares prévias, percepção das interações sociais vividas e a rede de significados, construída por meio das relações afetivas estabelecidas nos ambientes familiares, profissionais e escolares.

Para esses autores, a prática de professores se desenvolve a partir de saberes adquiridos, antes de sua formação profissional, criando uma linha de continuidade entre os conhecimentos profissionais dos docentes e suas experiências passadas.

Na área médica, esse fato é especialmente importante, pois será responsável pelo maior ou menor grau do componente emocional e afetivo presente nas práticas de saúde e de ensino, sendo, então, capazes de proporcionar uma visão ampliada da qualidade de vida dos sujeitos, em uma concepção de educação, de ciência e de tecnologia, regidas sob princípios éticos, humanistas, da competência e do compromisso social, como destaca Batista (2005, p. 292):

[...] Desenvolver e avaliar propostas de desenvolvimento docente na área da saúde que privilegiem a prática docente e estructurem momentos de comparação, explicação, interpretação e teorização – assumindo o desenvolvimento docente como um processo continuado, institucional, contemplando a pesquisa em colaboração em uma perspectiva interdisciplinar – é um desafio a ser enfrentado num momento em que o ensino superior busca caminhos éticos, humanistas, competentes e socialmente comprometidos.

Essas questões relacionadas à formação docente em saúde apontam para a ideia de que a pluralidade dos saberes é capaz de levar a uma necessária melhoria da formação pedagógica dos professores dos cursos de medicina. Como atestado por Moré e Gordan (2004, p. 146):

[...] no grupo de componentes formativos dos professores médicos, ocorre a prevalência de determinados saberes específicos e uma lacuna em relação a formação pedagógica, com sua prática docente fundamentada pelo trabalho diário e trocas entre os professores mais antigos e (ou) experientes, revelando a distância existente entre educação e a saúde enquanto áreas de formação profissional.

Castanho (2002) comunga desse pensamento, ao chamar atenção para o fato de que a prática pedagógica necessita ser incorporada à prática de trabalho do médico professor, como um elemento essencial para a superação dos limites da formação inicial e das práticas tradicionais na área da saúde da mesma forma que na área da educação.

Com isso, o autor vincula o trabalho do professor médico a uma visão de mundo, de sociedade e de homens que necessita estar comprometida com valores éticos e humanos aliados à formação da competência técnica. Dessa forma, é possível estabelecer uma ação docente comprometida com a transformação da

sociedade e capaz de promover a ruptura com o tradicionalismo das ações educacionais em saúde.

Nesse contexto, consideramos que os saberes docentes, assim como as Representações Sociais, são construídos pelos professores ao longo de suas trajetórias de vida, sendo formados por componentes profissionais e emocionais, existindo uma aproximação entre ambas. Ou seja, é possível considerar que as Representações Sociais estão inseridas no interior dos saberes e esses saberes podem se tornar RS, na medida em que passam a ter relevância e ser compartilhado em um grupo de pertença.

A esse respeito, as práticas profissionais de professores médicos, vistas a partir das Representações Sociais, possibilitam um novo olhar, não as considerando apenas de forma técnica e científica. Mas como expressão das subjetividades que se constituem em um dado espaço social.

Isso implica em assumir os saberes determinantes das práticas de ensino desenvolvidas por profissionais de saúde, como responsáveis por uma ação legitimada e legitimadora do conhecimento científico. Além de ser responsável pela construção pessoal e subjetiva da realidade, a partir da experiência e da ação criativa na construção da realidade (OLIVEIRA, 2010).

Cabe destacar que, de acordo com Sá (1998), práticas e representações estabelecem entre si relações dialéticas de determinação. Disso deriva a impossibilidade de analisar práticas dissociadas da construção de representações, nem em transformação das práticas sem considerar a transformação das representações correspondentes.

Reconhecemos, então, que a prática docente em saúde, construída a partir de um conjunto plural de saberes, 'sofre' interferência de variáveis intrínsecas da profissão médica, necessitando pensar um novo projeto para o ensino de saúde na contemporaneidade, projeto este que conceba a diversidade de ações para abordar o sujeito coletivo e valorizar as subjetividades dos indivíduos em formação. Esse é um desafio de todos e tem seu início no reconhecimento da distância existente no momento atual, entre Representações Sociais, práticas docentes e o conhecimento médico-científico constituído.

Por outro lado, representa tomar a subjetividade das pessoas como elemento construtor e construído, formado pelas realidades vivenciadas no cotidiano do fazer na docência, o que permite reconhecer as limitações docentes e exteriorizar

expressões criativas, pois, dessa forma, é possível que as representações se descortinem para os grupos que as detêm.

Por fim, essas reflexões implicam em uma reconfiguração das práticas educacionais de professores médicos, superando a distância entre a construção teórica e as práticas docentes, reconhecendo estas, não mais como derivações do conhecimento estritamente científico e operacional na área da saúde, e sim como um trabalho coletivo, interdisciplinar e multiprofissional.

Nesse cenário, a relação existente entre o ser professor no Ensino Superior e à docência em saúde, bem como a dimensão psicossocial dessa interação e as práticas educativas inerentes desses processos que são passivos de análises a partir da Teoria das Representações Sociais de Sergei Moscovici (1978), capazes de contribuir com o diálogo entre áreas do conhecimento, tornando possíveis análises que extrapolem os modelos tradicionais de educação e saúde, construídas e mantidas distantes da complexidade as quais se vinculam esses campos de conhecimento e as práticas sociais.

O aporte teórico das concepções de Moscovici (1978) e colaboradores favorece o desvelamento da dimensão psíquico e social, a partir do grupo de professores em destaque, gerando Representações Sociais que são refletidas nos diferentes atos e práticas socioeducativas dos docentes médicos, no interior da academia.

O encontro da medicina, a sua história e as ressignificações com a educação, a cultura e a sociedade, subsidiado pela Teoria das Representações Sociais nos permitiu desvelar, por meio da realidade concreta, variáveis representativas do exercício da docência médica, com destaque para a pedagogia do acaso e a pedagogia da *práxis*, a serem retratados detalhadamente na seção que segue.



**SEÇÃO V – AS VOZES DE DOCENTES
MÉDICOS**



5.1 CONSTRUÇÃO DAS TEMÁTICAS INTERPRETATIVAS

Iniciamos a etapa de corporificação da tese por meio das vozes dos docentes médicos que participaram na condição de sujeitos da pesquisa. Pelas suas vozes, fomos capazes de estabelecer conexão entre seus saberes (do universo consensual e do universo reificado). O primeiro limitado ao contexto, à vida cotidiana, portanto, resultante dos conhecimentos oriundos das interações sociais, da conversação informal; já o segundo advindo do conhecimento científico, produzido em consonância com regras de uma comunidade acadêmica (SÁ, 1998).

Por reconhecermos que as Representações Sociais são produções simbólicas destinadas “[...] a compreender e balizar o mundo, [logo, elas advém] de um sujeito ativo e criativo, tem um caráter cognitivo e autônomo e configura a construção social da realidade” (ARRUDA, 2002, p.142).

A partir dessa autonomia e criatividade, materializada em discurso, garimpamos as imagens e os sentidos que esses profissionais produziram ao longo da carreira profissional médica sobre a docência e que trataremos nesta seção.

As etapas que constituem a análise dos dados da pesquisa remeteram-nos a seguinte estrutura temática: perfil dos docentes médicos, constituído por quatro eixos estruturantes – instituição de formação, tempo de formação e tempo de docência, titulação, formação na área médica e na área pedagógica. Esses aspectos foram responsáveis pela composição das características definidoras dos sujeitos da pesquisa.

Após a identificação do perfil dos sujeitos, foram construídas as temáticas de análise e seus respectivos eixos estruturantes, sob as quais se organizaram as Representações Sociais dos professores médicos, sendo estas em número de dez, com seus respectivos desdobramentos, apresentando as seguintes denominações:

- Influência da trajetória pessoal para o exercício da docência – desdobrada em três eixos estruturantes: vocação, família e acaso.
- Desafios na trajetória pessoal para o exercício da docência – desdobrada em dois eixos estruturantes: da prática médica à prática docente e da educação em saúde à docência médica.
- Desafios na trajetória inicial da docência – desdobrada em dois eixos estruturantes: a didática e a desvalorização profissional

- Elementos para docência médica desdobrada em cinco eixos estruturantes: *práxis*, formação continuada, metodologia de ensino, relação professor/aluno e formação humanista.
- Diferença entre o início da docência e a docência atual – desdobrada em quatro eixos estruturantes: comportamento estudantil, estímulo ao estudo, aproximação da relação professor/aluno e novas tecnologias educacionais.
- Desafios do docente médico na atualidade – desdobrada em três eixos estruturantes: novas formas de ensino, diálogo entre teoria, prática e pesquisa e diversas fontes de informações.
- Influência da docência médica na prática assistencial – desdobrada em três eixos estruturantes: qualidade assistencial, reflexão da/na prática assistencial e atualização.
- Aspectos motivadores e desmotivadores da docência na área médica – desdobrada em quatro eixos estruturantes. Para os aspectos motivadores destacam: a satisfação pessoal, o conhecimento, o estatus e para o aspecto desmotivador a desvalorização (financeira e falta de estrutura).
- Implicações da ausência/presença da formação pedagógica – desdobrada em um único eixo estruturante: prática.
- Significado de ser professor – desdobrado em quatro eixos estruturantes: transformação, paixão, aptidão e fascinação.

Essas dez temáticas se organizam a partir das falas dos sujeitos, sendo responsáveis pelo desvelamento das Representações Sociais, oriundas dos processos psicossociais enlaçados em seus eixos estruturantes que dão base para a defesa da tese de que os professores do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará constroem as suas Representações Sociais sobre a docência médica na confluência processual entre a pedagogia do acaso e a pedagogia da *práxis*.

O Mapa Mental a seguir é representativo da organização que introduz o capítulo de análise.

Figura 6 – Mapa Mental.



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa totalizaram seis professores, todos do gênero masculino²⁵, com faixa etária em torno de 41 a 50 anos. No que tange a formação acadêmica, observamos que todos os participantes concluíram a Graduação em Instituições públicas, possuindo um tempo de formação médica em torno de 20 a 31 anos e de atuação na docência entre 10 a 15 anos²⁶. No que se refere à titulação e a formação continuada, a maioria possui o título de Mestre, com a realização de cursos voltados para área médica, sendo que apenas um dos seis professores, já participou de cursos ligados a formação pedagógica²⁷.

Quadro 5 – Informações Referentes à Formação.

FORMAÇÃO ACADÊMICA					FORMAÇÃO CONTINUADA	
Professor	Instituição de Formação	Tempo de formado(anos)	Tempo de Docência (anos)	Titulação	Curso na área médica	Formação Pedagógica
P1	Pública	26	11	Especialista	Sim	Não
P2	Pública	23	12	Mestre	Sim	Não
P3	Pública	20	10	Mestre	Sim	Não
P4	Pública	31	15	Mestre	Sim	Sim
P5	Pública	29	10	Especialista	Sim	Não
P6	Pública	24	11	Mestre	Sim	Não

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao compararmos o tempo de formado com o tempo de docência é perceptível que o tempo de docência equivale aproximadamente à metade da formação acadêmica de cada professor. Isso implica em dizer que a primeira demanda desses profissionais se localiza na assistência. Essa questão é discutida na temática

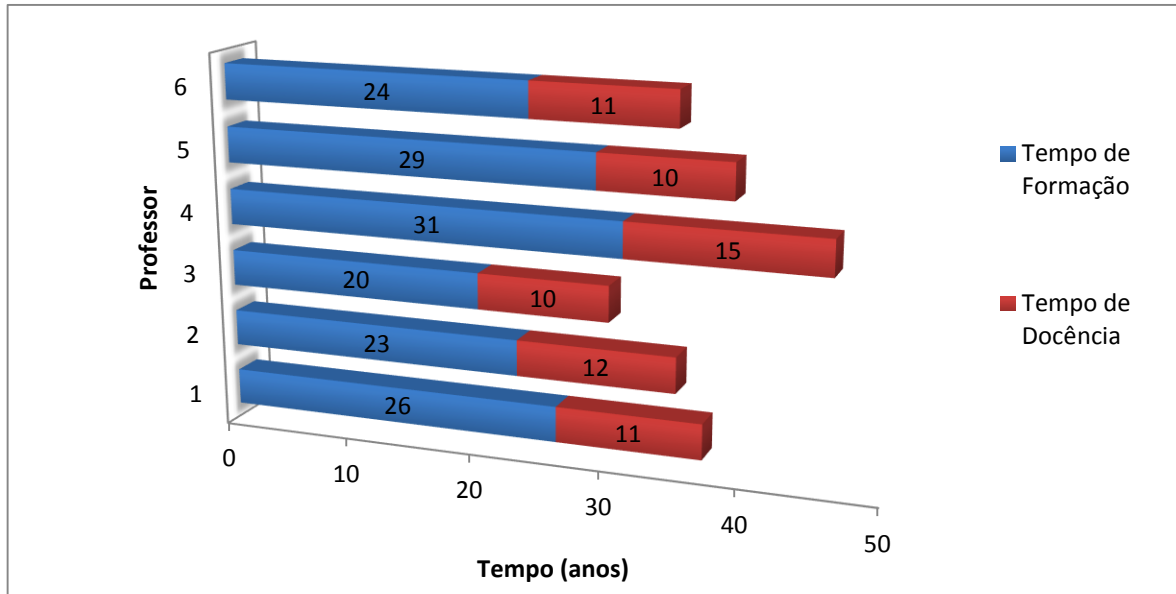
²⁵ Quanto ao gênero: a presença exclusiva de sujeitos do sexo masculino no estudo ocorreu em função dos homens, no atual momento histórico da Faculdade de Medicina (FAMED/UFPA), constituírem a maioria do corpo docente (65%) em relação as mulheres (35%). Ressaltamos também o fato de que a maioria dos cargos de coordenação, direção, chefia e supervisão, nesse momento, estão sendo ocupados por mulheres, o que dificulta o acesso aos docentes do sexo feminino, em função das diversas atribuições dessas profissionais.

²⁶ Considerando que um dos critérios de inclusão foi o tempo mínimo de atuação 10 anos.

²⁷ Já tem uma primeira licenciatura

5.3.2 1Influência da trajetória profissional para o exercício da docência médica, onde um dos eixos estruturantes destaca o exercício da prática médica antecedente à prática docente. O Gráfico 6 ilustra essas equivalências.

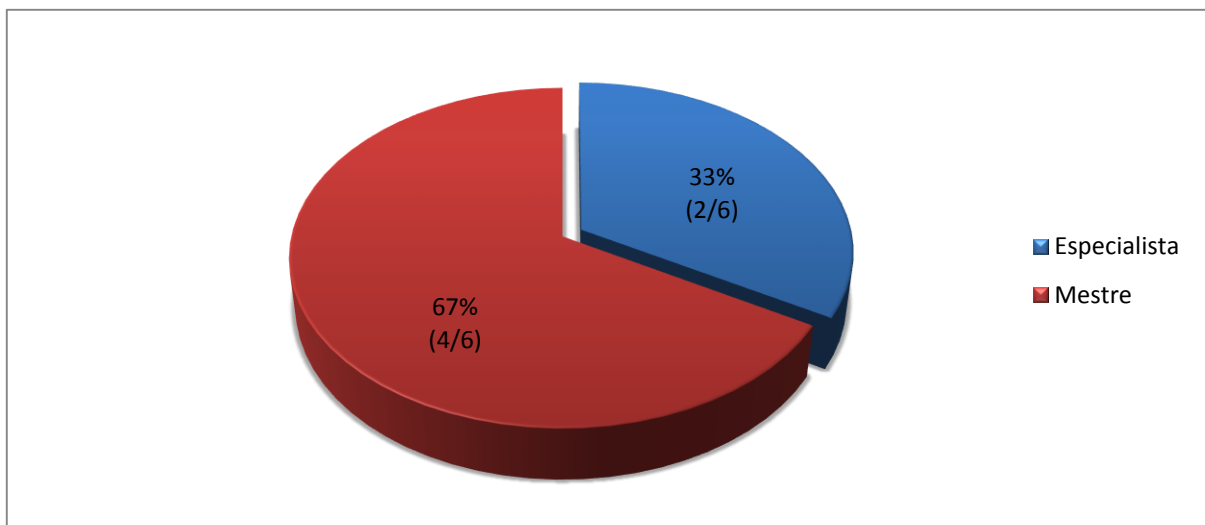
Gráfico 6 – Comparação entre o tempo de formação e o tempo de atuação na docência.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Outro ponto a ser destacado, refere-se à titulação acadêmica dos professores atuantes no curso de medicina, pois o Gráfico 7 demonstra que 67% dos entrevistados (4/6) possuem Mestrado e 33% (2/6) detêm curso de Especialização.

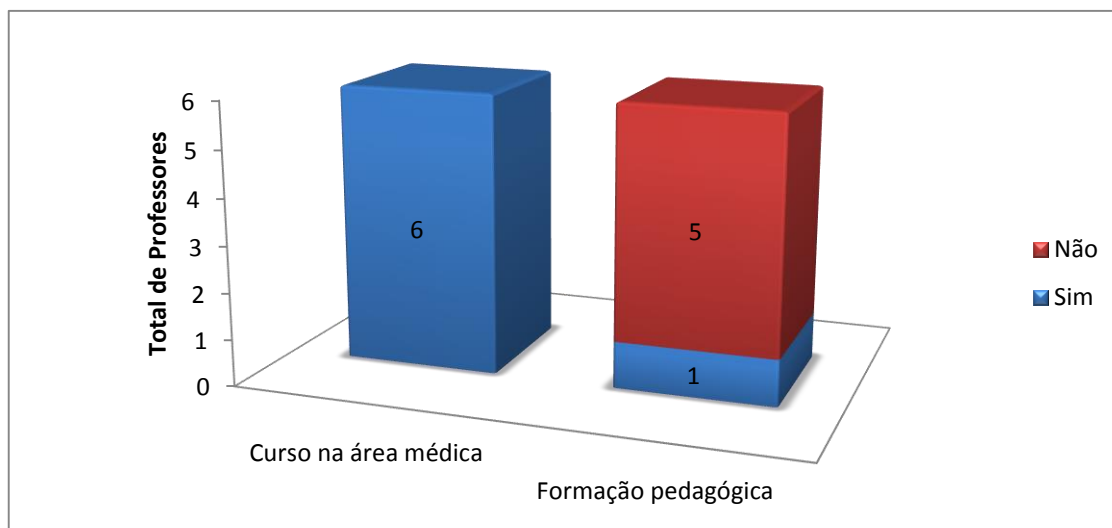
Gráfico 7 – Titulação acadêmica.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao analisarmos comparativamente os cursos realizados e a formação pedagógica, notamos uma discrepância entre eles, pois, é notório, conforme pode ser visualizado no Gráfico 8, a totalidade de cursos voltados para a área médica.

Gráfico 8 – Formação médica e a formação pedagógica.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Embora seja evidente a menção a formação pedagógica em um dos sujeitos da pesquisa, esta é vinculada a primeira formação em nível de licenciatura.

Nesses termos, depreendemos que a formação didático-pedagógica desses docentes médicos está vinculada diretamente ao exercício da docência. Todavia, Tardif (2000a, 2000b, 2002) ressalta que nenhum dos saberes (Saberes da Formação Profissional; Saberes Disciplinares; Saberes Curriculares e Saberes Experienciais) substitui o outro em relação ao seu nível de importância no exercício de uma profissão.

O conhecimento teórico-técnico é a base da formação médica e apresenta os elementos fundamentais para a formação médica, contudo, essa formação não dá conta do exercício da docência médica, haja vista que esse processo exige outros tipos de saberes produzidos em outras áreas, a exemplo do conhecimento didático-pedagógico.

De acordo com Libâneo (2000, p.28), “[...] O pedagógico perpassa toda sociedade, extrapolando o âmbito escolar formal, abrangendo esferas mais amplas

da educação formal e não-formal”. Os apontamentos do autor revelam o grau de pertencimento da prática pedagógica à organização social.

Pela prática pedagógica é possível manter, não só os processos formativos vinculados aos ambientes institucionais, e à sociedade como um todo, mas redefinir modos de organização social e de relação com os conhecimentos historicamente acumulados. “[...] Apesar disso, não deixa de ser surpreendente que instituições e profissionais cuja atividade está permeada de ações pedagógicas desconheçam a teoria pedagógica” (LIBÂNEO, 2000, p.28).

O desconhecimento da teoria pedagógica e as implicações para o exercício da docência representam desafios a serem vencidos pelas Instituições de Ensino Superior, bem como pelos organismos que pensam e implementam políticas públicas educacionais.

[...] A nosso ver, não bastam iniciativas de formulação de reformas curriculares, princípios norteadores de formação, novas competências profissionais, novos eixos curriculares, base comum nacional etc. Faz-se necessária e urgente a definição explícita de uma estrutura organizacional para um sistema nacional de formação de profissionais da educação, incluindo a definição dos locais institucionais do processo formativo. (LIBÂNEO, 2002b, p.241).

As contribuições dos autores supracitados reforçam nossa defesa de uma política de formação docente voltada para todos os profissionais, oriundos de cursos de bacharelado que atuam no ensino, como é o caso da medicina. Ou seja, de se investir em formação continuada para garantir as condições necessárias ao exercício da profissão.

Os dados relacionados à formação acadêmica e formação continuada, expressos no Quadro 5 e nos respectivos gráficos demonstram as discrepâncias existentes entre a formação do profissional médico assistente e a do profissional médico professor.

Essas lacunas referentes à formação pedagógica continuada se exacerbam ao considerarmos na atitude do educador, a prática e a responsabilidade de não ensinar apenas conteúdos específicos, mas, também, atitudes diante da vida, a partir da valorização de aspectos formativos de seus alunos, para além das habilidades técnicas de caráter profissional, com destaque para os aspectos crítico, reflexivo e humanista, tão importantes para a completude de novos profissionais na área da saúde. Em outras palavras, do exercício profissional docente, pautado na *práxis*.

Esse fato nos remete aos estudos de Nóvoa (1995, p.15) quando afirma que “[...] o professor é a pessoa e uma parte importante da pessoa é o professor”. Nesse contexto, é perceptível que a docência na medicina “[...] exige não apenas domínio de conhecimentos a serem transmitidos por um professor como também um profissionalismo²⁸ exigido para o exercício de qualquer profissão” (NÓVOA, 1995, p.15).

Ao se considerar o fato de que ser professor é um processo complexo que necessita de diversos elementos e tempo, é perceptível a necessidade de instituições sociais, fóruns de discussões, eventos científicos, veículos de divulgação de pesquisas, periódicos especializados e reuniões técnicas, que objetivem contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria da formação docente em suas variadas dimensões.

Nesse sentido, destaca-se na área médica a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), instituição que sucede a Associação Brasileira de Escolas Médicas, fundada em 21 de agosto de 1962, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte/MG.

A ABEM se constitui como uma sociedade civil de âmbito nacional com personalidade jurídica própria, de duração ilimitada, considerada de utilidade pública pelo Decreto n. 64.571, de 23 de maio de 1969, da Presidência da República. Possui sócios institucionais, Centros, Faculdades, Escolas, Instituições e Cursos, vinculados a educação médica, buscando o aprimoramento desta.

Possui como missão, desenvolver a educação médica, visando à formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Dentre seus objetivos, destacamos:

- O aprimoramento da educação médica por meio do conagraçamento das escolas médicas e de saúde pública do Brasil, com vistas a atender às necessidades médicas do País;
- **A melhoria dos métodos de ensino nas instituições de formação médica**, compreendendo desde o processo de ingresso e avaliação do ensino-

²⁸ Entre os professores, o profissionalismo pode ser considerado uma expressão do serviço à comunidade, bem como em outros tipos de trabalho [...]. Também pode-se considerar uma força criada externamente que os une em uma visão particular de seu trabalho [...]. O profissionalismo é, em parte, uma tentativa social de construir uma “qualificação” (LAWN; OZGA apud CONTRERAS, 2012, p.46).

aprendizagem, até o estudo e o aperfeiçoamento das teorias de educação médica;

- **O aperfeiçoamento contínuo do pessoal docente** das Faculdades e Escolas de Medicina e de Saúde Pública, inclusive pela promoção do intercâmbio entre educadores médicos nacionais e estrangeiros;
- A contribuição para a **educação continuada dos profissionais da área da saúde**, por um processo de interação permanente, que realmente os programas curriculares para adequá-los às necessidades brasileiras;
- **A participação, colaboração e/ou crítica, junto a órgãos de educação e saúde do País**, a nível nacional, estadual ou municipal; prestar assessoria, dentro de suas possibilidades, a associados e a entidades interessadas no ensino médico.

Dentre os objetivos elencados importa fazer referência aos grifos, pois contribuem para discutir o reconhecimento dessa associação em relação ao diálogo necessário entre saúde educação²⁹, bem como o reconhecimento das demandas de aspectos relacionados ao processo de ensino-aprendizagem, ainda que sem evidenciar a formação docente.

A ABEM possui representações em todas as regiões do país, a exemplo da região Norte, cujos membros são oriundos das diversas faculdades de medicina públicas e privadas da região. Seus conceitos de integração, fomento e discussão de temas relevantes para o desenvolvimento do ensino médico no país, é reproduzido e reverbera em diversas instituições de ensino médico no Brasil.

No âmbito da Universidade Federal do Pará (UFPA), as ideias e projetos discutidos a nível nacional pela ABEM são objetos de discussão e adequação regional no interior do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), a partir das reuniões da congregação do instituto e das contribuições das faculdades de medicina, odontologia, enfermagem, farmácia, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional.

Todas as propostas e reflexões, voltadas para a melhoria da formação docente, para a maior visibilidade das pesquisas em andamento, realizadas por professores e alunos e para o fomento de novos projetos, culminaram em 2008 na

²⁹ O próprio Sistema Único de Saúde prevê, no interior da Lei 8.142/ 92, a participação popular nos direcionamentos do sistema e na constante interação entre educação e saúde. Essa necessidade de aproximação entre essas duas áreas existe por se considerar que as práticas de saúde não podem ser desenvolvidas nem avaliadas apenas de forma técnica, necessitando haver transformações de hábitos de vida e aspectos culturais para que se obtenha efetivamente uma consciência sanitária.

elaboração de um evento científico que serviu de espaço de discussão de temas relacionados ao ensino em saúde e a socialização dos resultados dos projetos realizados nas suas faculdades. Por isso, foi criada, então, a Jornada de Extensão, Pesquisa e Ensino (JOEXPE) que aconteceu ininterruptamente durante quatro anos, com um número sempre crescente de participantes e de trabalhos científicos apresentados.

A organização da JOEXPE, acreditando que chegara o momento de transformar o evento em algo maior e mais abrangente, lançou o Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA), cuja primeira edição aconteceu de 17 a 19 de outubro de 2012 com o tema *Construindo a abordagem multiprofissional e interdisciplinar na qualidade do cuidado em saúde* e foi realizado no Centro de Eventos Benedito Nunes da UFPA.

O II COESA ocorreu de 04 a 06 de novembro de 2013 com o tema *Formação multiprofissional e interdisciplinar no cuidado do indivíduo, família e comunidade*.

No ano de 2014, ocorreu o III COESA, de 12 a 14 de novembro, com o tema *Navegando pelos rios da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade do cuidado à população amazônica*, no Centro de Eventos Benedito Nunes da Universidade Federal do Pará. O evento discutiu assuntos relevantes da área da saúde com docentes, discentes e profissionais da área.

Em 2015, aconteceu o IV COESA, de 01 a 04 de dezembro, com o tema *Educação, formação e gestão no contexto amazônico: desafios para uma política pública de qualidade*.

Ao visitar a página do evento e seus anais, identificamos que nas suas quatro edições, todos os trabalhos apresentados no campo do ensino, pesquisa, extensão, ou relato de experiências, não apresentavam como objeto de incursões teóricas e empíricas, reflexões sobre metodologias de ensino, didática ou prática docente, estando apenas voltados para pesquisas na área da educação para a saúde e em saúde³⁰.

As constatações, provenientes das buscas junto aos referidos anais, reforçam o esforço das instituições de formação médica em dar conta tanto das proposições da ABEM quanto da efetiva materialização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Todavia, esses esforços se mostram distanciados das demandas,

³⁰CONGRESSO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA AMAZÔNIA, Edições 2012, 2013, 2014, 2015, Anais.

oriundas das discussões relacionadas à necessidade da formação didático-pedagógica do docente médico.

Esse fato reflete a carência de estudos no interior da UFPA e no ICS, que se volte para a melhoria da formação docente em medicina, pois os trabalhos atendem apenas as interfaces, saúde-comunidade e saúde-assistência.

Mediante as primeiras incursões, relacionadas ao perfil dos sujeitos da pesquisa, abrimos flancos para as discussões em torno das Representações Sociais de professores médicos sobre a sua formação docente e as implicações para o exercício da profissão. Assim, passamos a tratar das temáticas de análises voltadas para discutir o referido objeto de pesquisa.

5.3 CONSTRUÇÃO DAS TEMÁTICAS DE ANÁLISE

O presente estudo foi desenvolvido com seis professores atuantes no curso de medicina da Universidade Federal do Pará e a partir da análise das falas que emergiram de cada entrevistado foi possível realizar um agrupamento das ideias que constituíam as unidades de sentido, que deram origem a 7 temáticas de análise, sendo estas: 1. Influência da trajetória pessoal para a docência médica; 2. Influência da trajetória profissional para a docência médica; 3. Desafios na trajetória inicial da docência; 4. Elementos para a docência médica; 5. Diferenças entre o início da docência e a docência atual; 6. Desafios do docente médico na atualidade; 7. Influência da docência médica na prática assistencial; 8. Aspectos motivadores e desmotivadores da docência na área médica; 9. Implicações da ausência/presença da formação pedagógica; 10. O significado de ser professor.

5.3.1 Temática 1: Influência da trajetória pessoal para o exercício da docência médica

Ao se levar em consideração a temática intitulada Influência da trajetória pessoal, observamos que esta é constituída de três eixos estruturantes, são eles: o acaso, a família e a vocação, sendo válido ressaltar que as co-ocorrências³¹ das unidades de sentido evidenciaram com maior frequência o acaso.

³¹Co-ocorrência, de acordo com Bardin (1979), faz referência a um conjunto de unidades de sentidos presentes em discursos diferentes e que apesar de utilizar vocábulos diferenciados, produzem um

O exercício da docência, em primeira estância, deve estar vinculado à formação em nível de licenciatura (BRASIL, 1996), todavia, com o aumento crescente de cursos e, por consequência, do número de professores, tem-se produzido um panorama de “[...] professores improvisados, não preparados para desenvolver a função de pesquisadores e sem formação pedagógica” (PIMENTA; ANASTASIOU; CAVALLET, 2003, p.272).

Ao se referirem a dados apresentados na Conferência Regional de Ministros de Educação (1996, p. 272), os referidos autores ressaltam que “[...] no período de 1950 a 1992, saltou de 25 mil para um milhão, isto é, 40 vezes”, o número de professores.

Além desses apontamentos, importa frisar que outros condicionantes também produzem esse panorama, dentre eles, o fato de alguns cursos, como o caso da medicina e outros da área da saúde se constituírem como bacharelados.

Essas primeiras considerações nos abrem portas para pensar outros lugares que também produzem sentido na escolha profissional, pois como afirma Pimenta (2002), a identidade não pode ser considerada uma construção cristalizada, nem algo externo que possa ser internalizada, mas é um processo de construção do sujeito historicamente situado.

Em relação à decisão do exercício da docência por médicos, uma questão não pode ser desconsiderada que é o fato de já possuírem uma identidade profissional. Em relação à profissão de professor, a construção da identidade ocorre antes do curso de licenciatura, a partir de inúmeras influências (família, professores, identificação com disciplinas); a partir do currículo ao qual o graduando é submetido e pelo exercício da profissão, ou seja, por saberes de vários contextos e tempos (TARDIF, 2000a, 2000b, 2002).

No caso dos médicos, assim como de profissionais de outras áreas³², já existe um elemento identitário que configura a sua profissionalidade³³. Pimenta e Lima (2004) fazem referência à construção identitária docente e afirmam que é pela

mesmo sentido em relação a um dado objeto ou fenômeno. No caso em questão, são apresentadas cinco unidades de sentidos que fortalecem a discussão – Influência da trajetória pessoal para o exercício da docência.

³² Anjos (2014) discute a relação entre ser artista e ser docente a partir de professores licenciados em dança pela UFPA e resalta a produção do entre-lugar desses profissionais em função das identidades de artistas e de docentes que compõem esses sujeitos.

³³ Se refere ao “[...] que é específico na ação docente, isto é, o conjunto de comportamentos, conhecimentos, destrezas, atitudes e valores que constituem a especificidade de ser [de um profissional]” (SACRISTÁN, 1995, p. 65).

trajetória docente bem como pelo processo de sua formação que são consolidadas as opções e intenções da profissão e que demarcam a identidade. Nesses termos, a identidade se constrói com as experiências e história pessoal, relacionada há tempos anteriores à formação, ao tempo da formação e da atuação profissional.

Na medida em que se atualizam esses dados, relacionando, por exemplo, a expansão das universidades públicas e privadas, a criação de novos cursos e a oferta de maior número de vagas de cursos já oferecidos, é possível ampliar ainda mais esse contingente de docentes.

Além desses fatores, vale considerar que a opção por certa profissão é reflexo de influências que antecedem a entrada no Ensino Superior. Exemplo disso são os eixos constitutivos da temática de análise em questão.

A **vocação** foi destaque entre dois (P3 e P5) dos seis médicos pesquisados.

[...] **quando se tem a vocação**, apesar da vida te mostrar que não é fácil, você não consegue se distanciar. Enfim, acho que mesmo que não quisesse sinto que tenho o dever de dar aula. (P3).

[...] A docência **aconteceu de forma natural** e permaneço até hoje porque gosto. (P5).

Assumir essa condição como um dos elementos definidores da opção pela profissão docente representa, a nosso ver, uma contradição, na medida em que “[...] em termos de alternativas profissionais, as vocações não existem no mundo natural, não estão presentes em nossa genética; são, sim, fruto da cultura, em sua condição de estrutura estruturante” (BOURDIEU, 1999, p. 110).

Assumir a docência como vocação representação, na nossa compreensão, a desprofissionalização da profissão de professor. Se por um lado, a docência médica já ‘sofre’ com dilemas oriundos do fato dos professores médicos não passarem por um processo de formação de natureza pedagógica, bem como por já possuírem marcas identitárias profissionais bem definidas, por outro lado, a adesão a uma ideia de profissão, vinculada à vocação, ao sacerdócio, descaracteriza a própria natureza do trabalho do professor e invisibiliza elementos fundamentais para o exercício da profissão, a exemplo dos conhecimentos de natureza pedagógica.

Nosso posicionamento em relação à desprofissionalização, por meio da manutenção do discurso da vocação, está pautado na ideia de que “[...] o discurso produz efeitos concretos sobre a realidade presente que os indivíduos vivenciam” (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999, p.77).

A **família** também foi evocada como eixo estruturante da temática Influência da trajetória pessoal para o exercício da docência. Todavia, ela se apresenta dentro de duas perspectivas antagônicas. De um lado, apresenta as referências familiares como elemento de influência:

[...] Na **minha família** quase todo mundo é professor. (P4).

[...] Minha trajetória pessoal influenciou na decisão de ser professor porque venho de **uma família de professores**. Meu pai era professor de história e minha mãe de português. (P6).

De outro lado, apresenta a figura da família distanciada da possibilidade de exercício da docência.

[...] Apesar de ter **influência no meu meio familiar**, minha mãe é professora da atenção básica não pensei em seguir devido a vida difícil que eu a via levar. (P1).

[...] Meus pais são médicos, **na minha família** não tenho nenhuma referência na docência. (P2).

A família como referência é de pouca representatividade na influência do exercício da profissão docente entre os médicos docentes pesquisados, pois representa aproximadamente 36%, embora a família se constitua como uma força significativa na influência pela opção por uma profissão, a exemplo dos próprios sujeitos desta pesquisa que destacam o papel da família para a escolha da medicina.

Esses percentuais fortalecem, na nossa compreensão, o que está posto como terceiro eixo estruturante da temática de análise. O acaso é o que apareceu com maior frequência de co-ocorrência. Essa assertiva é percebida nas unidades de sentido apresentadas a seguir que representam cerca de 46% dos médicos docentes que participaram da pesquisa.

[...] Eu na verdade não tinha traçado planos para ser docente [...] mas **quando percebi aconteceu** [...] sempre gostei de formar grupos de estudos essas coisas [...]. (P1).

[...] É contraditório, mas na verdade a minha trajetória pessoal trilhou um caminho muito distante da docência. Enfim, não pensei inicialmente trilhar essa carreira, as coisas aconteceram. **A docência aconteceu por acaso**. Antes disto, pouco me detive a fazer cursos que integrassem a saúde e educação. (P2).

[...] A docência é algo que você sonha quando menino, devido a referência da educação básica, que se perde com o tempo, **ela foi acontecendo**. (P3).

[...] **A docência foi a pedido de um amigo** que precisava temporariamente de um suporte, desde então nunca sai. (P4).

[...] Nunca parei para fazer essa relação. Não vejo relação direta com minha trajetória pessoal. Na verdade, quando dei por mim, já estava recebendo alunos no campo de prática. **Entreí meio que de surpresa nessa.** Dar aula nunca foi a minha prioridade. (P5).

Embora o acaso seja uma marca representativa em relação à influência da trajetória pessoal para o exercício da docência, é importante fazermos uma reflexão pautada em outros elementos que se diferenciam desses sujeitos em relação a outros profissionais.

Afirmamos anteriormente que, no caso do docente médico, existe um elemento que diz respeito ao fato de já possuírem elementos identitários da profissão médica que não se alinham, em primeira instância, aos elementos identitários da profissão docente, sobretudo, aqueles de natureza didático-pedagógico que ocupam lugar indiscutível na configuração da identidade docente, por se tratarem de saberes que se vinculam diretamente a prática cotidiana da sala de aula.

Talvez esse seja o dilema produtor de uma pedagogia pautada no acaso, onde a prática médica e à docência, ainda, se encontram distanciadas, de tal modo que os diálogos necessários para a configuração de processos formativos atendam demandas próprias dos sujeitos em processo de formação e da sociedade contemporânea.

Na história da medicina, apresentada por Da_Ros (2000), Lampert (2002), Lopes (1970), dentre outros é evidente a ausência da aproximação entre medicina e educação, na perspectiva de um processo de formação, pautado em um paradigma técnico/reflexivo/crítico, ou seja, capaz de atender as dimensões emocional, social e política dos educandos (TEDESCO, 1995, 2006; GATTI, 2007).

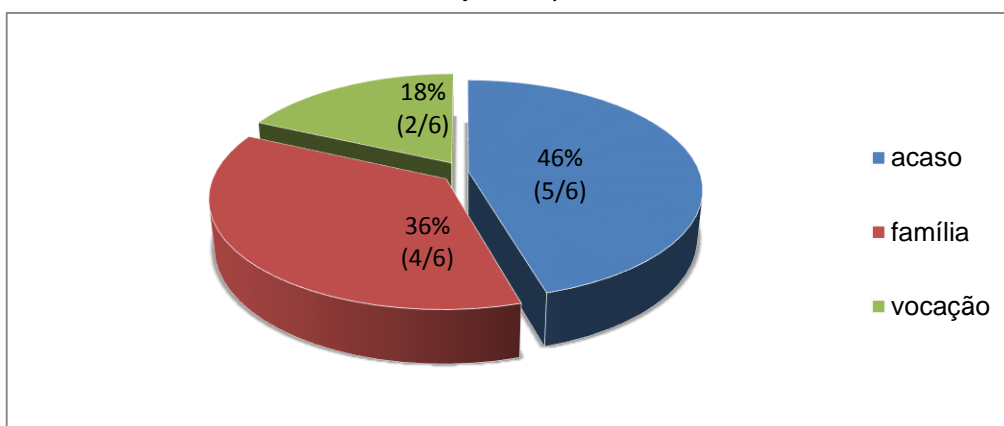
No Brasil, embora seja presente na atual política de saúde pública do Sistema Único de Saúde a referência ao diálogo entre saúde e educação (BRASIL, 2010), em relação à formação docente na área médica as reflexões são ainda pouco evidenciadas, talvez, porque, em primeira instância, se estuda para ser médico e não para ser professor.

Outro fator que consideramos como complicador na opção pela docência é o fato de que “[...] existem indícios de que os docentes viveram e estão vivendo dolorosa experiência de decadência social” (TENTI FANFANI, 2005, p.38).

Do ponto de vista, tanto da objetividade social quanto da subjetividade certamente é um desafio que um profissional com lugar definido na história das profissões e na dinâmica da sociedade se identifique com uma profissão que se mostra decadente, essa condição está nitidamente identificada pelo nível de desvalorização que é evidenciado em estudos, como os de Gatti (2007) e Gatti, Barreto, André (2011).

A frequência com que as unidades de sentidos foram reproduzidas pelos docentes médicos na temática em questão podem ser melhor visualizadas no Gráfico 9, o que favorece a ilustração dos percentuais das sub-temáticas e, assim, identificar a prevalência das unidades de sentido no que tange a influência da trajetória pessoal para a docência médica

Gráfico 9 – Influência da trajetória pessoal na docência médica.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, a temática *influência da trajetória pessoal para o exercício da docência* é marcada pela vocação, pela ausência e presença da influência da família e principalmente pelo acaso, compondo, nesses termos, o quadro das influências, que se ampliam com a discussão da *influência da trajetória profissional para o exercício da docência* a ser tratado a seguir.

5.3.2 Temática 2: Influência da trajetória profissional para o exercício da docência médica

Ao analisar a temática da influência da trajetória profissional, observamos que esta se constituiu de dois eixos estruturantes, sendo eles: Do exercício da prática

médica ao exercício da prática docente e Da educação em saúde para a docência médica.

No movimento, trilhado pelos profissionais médicos até se constituírem enquanto professores de medicina, é perceptível a identificação profissional com áreas da medicina historicamente relacionadas a comunidade e a Atenção Primária à Saúde (APS)³⁴, a exemplo da medicina de família³⁵, da epidemiologia, da infectologia³⁶, da pediatria e da medicina social.³⁷

³⁴ A Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, aprovou, por unanimidade, como meta de seus países membros a “saúde para todos no ano 2000”, tendo como definição de atenção primária “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1979). 4 Na APS seletiva, o conjunto de atividades e serviços são os seguintes: identificação e controle de doenças prevalentes, prevenção e controle de doenças endêmicas, monitoramento do crescimento, técnicas de rehidratação oral, amamentação e imunização; algumas vezes incluíam ainda complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar, educação em saúde, promoção da saúde mental, provisão de drogas. Deve ser diferenciada da atenção primária orientada para a comunidade; é uma terminologia utilizada para uma abordagem de atenção primária surgida em áreas rurais da África do Sul na década de 1940, que busca prover serviços integrados de saúde pública e assistência. A partir de alguns pressupostos: definição de uma população-alvo, definição dos programas comunitários a serem desenvolvidos, uso complementar de habilidades clínicas e epidemiológicas; acessibilidade; envolvimento da comunidade na promoção de sua saúde; coordenação das atividades, incluindo a integração de diferentes tipos de cuidado, especialidades, serviços e instituições; abordagem da atenção a saúde de largo escopo e inclusiva (KARK; KARK, 1983). 5 Para saber mais consulte: OPAS – Renovação da Atenção Primária nas Américas. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46-13-p.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2014.

³⁵ A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica com foco privilegiado na Atenção Primária à Saúde (APS) e, por isso, é considerada especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Cabe à MFC, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada, da saúde de uma pessoa, considerando seu contexto familiar e comunitário. Portanto, a medicina de família e comunidade é um componente primordial da atenção primária à saúde (Sociedade Brasileira de Medicina e Família e Comunidade – SBMFC, 2004).

³⁶ No Brasil, a infectologia é uma especialidade médica, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, sendo determinado que, além do curso de Medicina, o profissional deve fazer uma residência médica que tem a duração de três anos. O infectologista atua na prevenção primária (educação em saúde, vacinação etc.) e na prevenção secundária (tratamento de doenças infecciosas e prevenção de incapacidade, causadas por estas). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2015).

³⁷ A "Medicina Social/Preventiva/Comunitária" tende a indicar uma área disciplinar/acadêmica que estudaria o adoecer para além de sua dimensão biológica. Na verdade, em linhas gerais, está voltada para abordá-la ao nível de determinantes sócio/ político/ econômico/ ideológicos (PAIM, 1992).

Essas especialidades médicas, compõem o que se convencionou chamar de “saúde pública”³⁸ e “saúde coletiva”³⁹, áreas diretamente atreladas as dinâmicas sociais, as mudanças culturais, as políticas públicas e aproximação com famílias menos favorecidas no meio urbano e rural, o que para nós, favorece a construção de um perfil de profissional médico engajado com os conflitos e desafios sociais, com a formação técnica, profissional e as características sócio-cultural de novos sujeitos.

Esses apontamentos podem ser identificados nos eixos estruturantes discutidos a seguir.

- **Do exercício da prática médica ao exercício da prática docente.**

[...] Hum faz tanto tempo [...] olha eu iniciei minha carreira pela **atenção básica**. (P1).

[...] Após a minha formação trabalhei por um longo período apenas na **assistência**.(P2).

[...] Fui convidado muito devido a minha **experiência profissional médica**. Tratei de fazer residência, atuar na assistência. (P5).

[...] **Sempre gostei de explicar e ensinar** para os colegas o que descobria sobre novas formas de tratamento de doenças. (P6).

As falas expostas pelos sujeitos assumem a condição assistencial da medicina a partir da atenção básica, da saúde coletiva e das práticas de educação em saúde como ponto de partida desses profissionais em direção a uma futura imersão na teoria e prática pedagógica. Dessa forma, assumir a docência, em nível universitário, por parte de profissionais que desenvolvem atividades técnicas de grande especificidade na saúde, pressupõe como função primordial a apropriação e a formação de conteúdo pedagógico dessas pessoas, o que faz dessa tarefa uma atividade complexa e estruturante dessa nova profissão a ser exercida.

³⁸A conotação veiculada pela instância da "Saúde Pública" costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas "necessidades sociais de saúde" (PAIM, 1992).

³⁹A "Saúde Coletiva", em síntese, implica em levar em conta a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo e que, não necessariamente, passam pelas instâncias governamentais ditas responsáveis diretas pela saúde pública(PAIM, 1992).

Essa necessária formação no campo pedagógico advém do fato de que a relação do professor com o aluno se constitui em um espaço de avanços e concessões, embates e conciliações, ensino e aprendizado, o que exige do docente uma multiplicidade de saberes, de competências e atitudes para que essa relação se estabeleça de forma eficaz (SOARES,2009). De acordo com o autor referido:

[...]

Estes saberes docentes estabelecem relações como contexto que se desdobra em práticas, com o ambiente da aprendizagem, no contexto sócio-histórico dos estudantes bem como com o relacionamento e 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, p. 109).

Percebemos, então, que exercer a docência não é tarefa fácil, pois exige, dentre outras questões, o fortalecimento do debate sobre profissionalização na área. As contribuições de Sousa (2011), ao se voltar para as discussões em torno da profissionalização docente e do papel desse profissional, tendo em vista o contexto histórico, o político e social, em que a sua profissão se concretiza são pertinentes para fortalecermos o entendimento do potencial que a saúde pública assume como currículo no curso de medicina para a atuação humanística de professores.

A grande demanda para novos professores em diferentes campos do conhecimento e nas mais variadas possibilidades de formação no Ensino Superior, faz com que o espaço acadêmico seja 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 um verdadeiro envolvimento com a docência em seu sentido mais amplo e plural.

Esses profissionais, oriundos de carreiras específicas, passam, então, a desempenhar a ação de repasse de conhecimento, baseados no pressuposto de “quem sabe fazer sabe ensinar”, para o qual é suficiente que desenvolvam com competência a área técnica de suas especialidades. Por isso, muitos professores universitários preferem a sua identificação com a sua especialidade (de atuação e ou pesquisa) do que como docentes (SOARES,2009).

Atuando sob essa lógica, encontramos hoje no Brasil, um número expressivo de médicos “professores” que apesar de atuarem na docência, ainda se identificam

apenas com a profissão médica, não posicionando a profissionalização docente como elemento constitutivo de suas carreiras.

Ressaltamos que, em nosso país, as Instituições de Ensino Superior seguem o modelo francês-napoleônico, ou seja, se definem como um sistema de ensino formador de profissionais para o mercado de trabalho com pouca pesquisa e centrada em ensinar para a prática. Essa característica é responsável pela contratação de docentes, como já nos referimos, 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).

Essa condição – de variados profissionais assumirem a docência sem a devida formação e, por conseguinte, não valorizarem os aspectos didático-pedagógicos como elementos constituinte de sua profissionalização enquanto professores – pode ser identificada no interior das diversas instituições formadoras da área médica no Brasil, onde é possível encontrar sem muita dificuldade, professores médicos em atividade sem terem sido formalmente preparados para o ensino (TAMOSKAS,2003).

Embora se reconheça o valor da apropriação dos saberes profissionais por intermédio 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 médicos 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,2000).

Essas informações são ratificadas por Carabetta(2007) que, ao analisar o processo de formação e a coordenação pedagógica dos cursos de medicina, constatou que, com algumas exceções, a maioria dos docentes "estão professores" e "não são professores", pois não tiveram formação pedagógica em suas faculdades de origem. Isso os impede de ter maior desenvoltura no entendimento e aplicação de aspectos teóricos e práticos do ensino e aprendizagem. Ainda, segundo esse autor:

[...] 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, p. 221).

Dessa forma, acreditamos que o percurso percorrido pelos profissionais médicos em direção à formação e profissionalização docente, perpassa pela reordenação do modelo pedagógico presente na educação médica, necessitando posicionar o paradigma crítico-reflexivo, como promotor da integralidade de saberes e da prática médica, atuando como eixo estruturante da formação médica em nosso país.

Esses apontamentos nos levam a acreditar que a qualificação dos docentes médicos deve ser voltada para a competência técnico-científica e didático-pedagógica com maior ênfase no indivíduo do que na doença, estimulando uma maior inserção e compromisso com o sistema de saúde, atrelando as habilidades técnicas e profissionais com o conhecimento social, humanista e pedagógico, permitindo que essa compreensão de conteúdos oriundos das humanidades, desenvolvam nos profissionais médicos, competências didáticas e pedagógicas ao longo de um processo de aprendizagem do próprio professor médico que se forma e (ou) se transforma.

- **Da educação em saúde para a docência médica**

As evocações relacionadas a esse eixo estruturante apresentam a identificação de profissionais médicos pela docência, após anos de atuação na carreira médica, como pode ser percebido nas falas a seguir:

[...] Apesar de naquela época o médico não trabalhar muito dando palestra [...] eu de vez em quando me atrevia, pois percebi que **gostava de falar em público**, e assim fui sendo rotineiramente convidado para debater diversos temas, quando percebi já estava sendo convidado para atuar dentro da universidade, assim fui me envolvendo nesse meio. (P1).

[...] Atualmente, após alcançar uma certa estabilidade passei a me interessar por esta área, pois sinto que **gosto muito de atuar na docência** e as novas tendências me exigem isso. (P2).

Acreditamos que essa identificação com o campo educacional e com a prática pedagógica, não surge pontualmente, espontaneamente e nem individualmente, pois é fruto de processos sociais e vivências particulares de cada um dos sujeitos envolvidos com a prática médica e o exercício da docência. Dessa forma, essas

experiências profissionais e socioafetivas, trilhadas na fronteira entre educação e saúde, favorecem a identificação com a prática docente.

Essa interface entre saúde e educação configura-se como um importante eixo articulador das políticas de ações em saúde, presentes no interior do SUS, tendo sempre existido em determinadas áreas médicas, a exemplo da atenção primária em saúde, que não se constitui como uma área exclusivamente biomédica, pois possui fortes elementos sociais e culturais envolvidos, assim como a atenção integral à saúde não corresponde apenas ao acesso às tecnologias biocientíficas, mas ao domínio dos fatores de condicionamento dos estados de saúde e às chances de intervenção oportuna ou adequada sobre os mesmos.

Esses aspectos são destacados por Ceccim e Ferla (2009, p. 449), ao informarem que:

[...] Na implementação real do SUS, em que pese a invenção da Saúde Coletiva – no campo do conhecimento – e do Controle Social – no campo da participação –, assistimos a um modo de operar em que as maneiras e valores tradicionais não perderam vigência e as redes de pensar, aprender e conhecer, agregadas pela ‘formação’, travam os processos de criação de si, dos entornos e de uma ‘cidade com saúde’ (redes para novas apropriações e apreensões) capaz de operar com o conceito ampliado de saúde. A complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana exigem/obrigam à formação de pessoal com qualificação para a compreensão e intervenção intersectorial e segundo estratégias de promoção da saúde como qualidade da vida (potencialidade conceitual de que a saúde seja a produção da vida no coletivo). Para dar conta deste objetivo, o conceito de ‘quadrilátero da formação’ (cunhado para representar um novo arranjo de atores relevantes nas definições de estratégias para a educação na saúde) procura reunir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde.

Essas assertivas nos dão conta do papel fundamental e estruturante exercido pela educação no interior da saúde e da necessidade de se investir na qualificação dos profissionais médicos no campo formativo das ciências da educação, a fim de que se possa construir uma política de formação docente na área médica que dê conta das diversas particularidades do ensino em saúde.

Esses investimentos seriam, então, responsáveis pelo efetivo encontro da saúde com a educação: a chamada Educação Permanente em Saúde – sugestão de uma ligação orgânica entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil).

A Educação Permanente em Saúde seria, então, não apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na saúde, esforço de nomeação da ligação política entre Educação e Saúde (CECCIM; FERLA, 2009).

Nessa perspectiva, acreditamos que a educação em saúde é influenciadora e influenciada pelo ensino e docência na área da medicina, na mesma medida em que os sujeitos que dela se utilizam são transformados por suas práticas, haja visto que o aprender e o ensinar relacionam-se diretamente com o modo de fazer.

Assim, a aprendizagem não se constitui como uma operação intelectual de acumulação de informações, mas inclui afetos, experiências e supõe atividade dos atores envolvidos, sendo responsável pelo estabelecimento de formas de enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com outro que é apresentado a partir das (novas) informações. Em última instância, o ensino e a aprendizagem são reflexos de ações cuja competência é um elemento balizador.

Vários autores reconhecem a necessidade de mudanças na prática docente em saúde e discute-se a necessidade de formação do chamado "professor reflexivo" em cursos da área da saúde com mais longa tradição de debates sobre ensino. De acordo com Perrenoud (2002, p. 7), o professor reflexivo "[...] compreende, ao mesmo tempo, o professor que reflete sobre suas práticas e analisa seus efeitos".

Em seu estudo sobre *Novas competências para ensinar*, o autor supracitado confirma a importância da perspectiva pedagógica da formação docente e os valores sociais, éticos, políticos com os quais a educação se compromete. Assim, "[...] o ensino em todas as áreas de preparação de profissionais conscientes das implicações sociais de seu trabalho, será educativo" (AUTOR, ano, p. xx) e, por conseguinte, sustentado por um projeto e processo pedagógico.

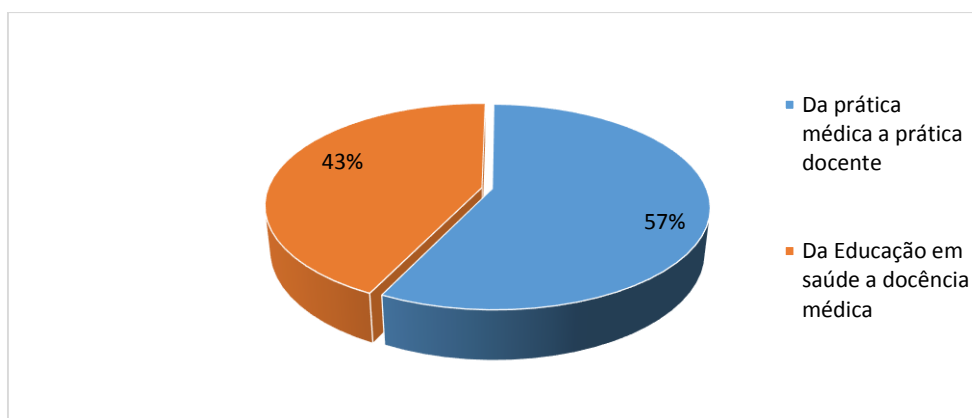
Para esse autor, a importância da visão e aplicação social do conhecimento é fundamental para que se estabeleça a "[...] conexão entre a abordagem por competências e a luta contra as desigualdades por meio de pedagogos diferenciados" (PERRENOUD, 2002, p.17). Nesse sentido, alguns autores da área médica como Moré e Gordan (2004) assinalam a necessidade da "qualificação em educação", associada à valorização da docência e da capacitação do professor de medicina, no que se refere aos aspectos pedagógicos da ação docente e sua relação com a dinâmica sócio-cultural.

Dessa forma, acreditamos que o ensino e aprendizagem no campo médico ao se atrelarem a dinâmica social vigente tornam-se instrumento potencializador da

educação em saúde, sendo responsável pela redução dos limites existentes entre as fronteiras recíprocas entre ensino e cidadania, posto que todo ato de ensinar é capaz de colocar um grupo de indivíduos em um ato coletivo de cidadania e todo ato de cidadania se configura como um ato ligado ao saber, ao conhecimento e a transformação social.

Todas essas reflexões estão apresentadas no interior dos dois eixos estruturantes dessa temática, os quais se encontram expostos no Gráfico 10, onde é possível visualizar uma maior frequência da unidade de sentido intitulada da prática médica à prática docente, o que equivale a 57% das falas reproduzidas pelos docentes médicos, seguida da temática da educação em saúde para a docência médica com 29% das falas e da temática da prática docente a prática médica com 14%.

Gráfico 10 – Influência da trajetória profissional para docência médica.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Esses aspectos relacionados à formação profissional dos sujeitos e influenciadores de sua opção pela docência nos parecem surgir de forma inesperada e ao acaso, seguindo em um sentido que se articula sob a lógica da formação profissional em saúde e desta em direção à formação docente médica.

Esse percurso nos parece contraditório, conflitivo e marcado pela vivência de vários desafios e busca de superações da tradição que demarca o lugar da medicina na sociedade. Lugar este que, por muito tempo, desconsiderou as questões de natureza sócio-cultural e política, mas que tem sofrido rupturas, a partir da aproximação desse campo de conhecimento com outros, que se constituem com

base nas dimensões psicossociais, como é o caso da educação, os quais serão identificados a seguir.

5.3.3 Temática 3: Desafios na trajetória inicial da docência médica

Na temática que retrata os desafios vivenciados durante a trajetória inicial da docência, os eixos estruturantes emergentes relacionam-se aos desafios didático-pedagógicos e a desvalorização profissional, esta última constituída de elementos relacionados ao aspecto financeiro e a escassez de tempo.

- **Os desafios didático-pedagógicos**

O conhecimento didático-pedagógico pressupõe o acúmulo de um referencial teórico capaz de instrumentalizar o professor no processo de ensino que ele “gerencia”. O exercício da docência, sem esses referenciais, compromete em demasia o processo formativo dos alunos, haja vista que, agindo, assim, o professor reconhece apenas os elementos lógico-científicos do campo disciplinar de onde fala e descredibiliza os elementos político-ideológicos, éticos, psicopedagógicos e os propriamente didáticos (LIBÂNEO, 2002), no processo educativo.

Pelo conhecimento didático-pedagógico, o professor é capaz de caracterizar e direcionar a comunicação, a dialogicidade e o entendimento entre ele e o aluno acerca do que se pretende com o processo formativo ali concretizado (THERRIEN, 2006). Isso se for em direção da emancipação, fundada no ser social ou da manutenção das práticas unilaterais, mantenedoras das desigualdades sociais, da desvalorização do contexto sócio-cultural de determinados grupos, sobretudo, aqueles vinculados a classe trabalhadora.

Quando se referem aos desafios didáticos pedagógicos, os docentes médicos pesquisados ressaltam que:

[...] Entre dar palestras e ministrar aula existe uma distância muito grande. [...] **Minha didática nem sempre garantia o repasse adequado das informações** e isso as vezes me deixava angustiado. (P1).

[...] Acredito que minha maior dificuldade inicial estava relacionada a habilidade. **Dar aula não é algo tão fácil como se parece**, a maneira como se aprende não é a mesma que devemos ensinar. (P2).

[...] **O mais difícil foi saber como fazer o repasse da informação** e sentir que estava fluindo, sabes como é. Hoje faço uma retrospectiva

e vejo que melhorei bastante. Tive uma formação extremamente técnica o que passa muita segurança e experiência, porém não garante o repasse de informação. (P5).

Identificamos nas falas expostas pelos sujeitos as dificuldades com a prática de ensino e com elementos oriundos da didática no processo de ensino e aprendizagem, apesar de possuírem um domínio técnico-procedimental dos conhecimentos disciplinares da área médica. Essas dificuldades iniciais se contrapõem a concepção histórica discutida anteriormente, de que por serem profissionais médicos não teriam dificuldade em ensinar medicina (SOARES, 2009; MASETTO, 1998).

Acreditamos que os desafios didáticos e relacionados aos aspectos pedagógicos, podem ter em sua origem no tipo de posicionamento dos professores médicos em relação às metodologias educacionais, presentes nas escolas médicas e influenciadoras de sua formação docente, pois, segundo Zabalza (2004), existem duas concepções de formação docente universitária: a não profissional e a profissional.

A primeira considera que ensinar se aprende ensinando, numa visão simplista que reduz a formação docente a mera reprodução de modelos existentes anteriormente. A segunda defende que ensino efetivo é tarefa complexa e grande desafio social, com altas exigências intelectuais e que ensinar consiste em uma série de habilidades básicas que podem ser adquiridas, melhoradas e ampliadas por meio de processo consistente de formação.

A busca constante pela formação como contributo da qualificação profissional, segundo Gatti (2007), representa a ampliação da capacidade de intervenção do professor na da sala de aula e, por conseguinte, no contexto social.

Infelizmente, ainda, hoje, um grande número de docentes médicos que são oriundos da primeira concepção, se constituindo enquanto professores pela prática cotidiana e empírica, “[...] restringindo-se à reprodução de modelos considerados válidos, apreendidos anteriormente, somados a suas habilidades profissionais” (BATISTA; SOUZA, 1998; BATISTA; BATISTA, 1994). Modelos que representam uma concepção bancária de educação (FREIRE, 1974), cujo alicerce da prática docente está na transmissão de conteúdo.

Essa atuação docente não profissional, adquirida de forma não crítico-reflexiva e incorporada como algo natural é aceita largamente pelos docentes da

área da medicina, pois escapa à crítica e se transforma num conceito espontâneo e generalizado sobre o que seja ensinar (PERRENOUD, 2002; CARVALHO, 1994).

De acordo com Batista e Sousa (1998), estudos realizados com professores de medicina revelaram que a docência nessa área é considerada atividade secundária à profissão médica e que a carreira docente não é considerada uma profissão. Esses professores, de modo geral, são considerados bons profissionais em sua área específica de atuação, fazendo com que um dos principais critérios de contratação nos cursos médicos seja a qualidade de seu desempenho em sua área técnica de atuação (MCLEAN, 2001).

Apenas recentemente, os professores universitários começaram a perceber que a docência, assim como a pesquisa e a prática de qualquer profissão, demanda capacitação específica (ABREU; MASETTO, 1997). Além das competências específicas para exercer a profissão, existem as competências relacionadas especificamente à docência universitária, como o domínio de uma área do conhecimento, o domínio pedagógico e o exercício da dimensão política do Ensino Superior (MASETTO, 1998).

O conhecimento derivado da prática ou experiência não é sistematizado e representa o modo como os professores interpretam e direcionam sua prática docente cotidiana (TARDIF, LESSARD, LAHAYE, 2002). Esse tipo de formação não é considerado ideal, pois é marcado pela improvisação e esta é a melhor maneira de perpetuar as limitações de um modo de praticar o exercício da docência (VENTURELLI, 1997). Isso limita a discussão e a reflexão sobre essa mesma prática e restringe a possibilidade do enriquecimento teórico com leituras e ampliação da visão de mundo do docente. Assim, o caráter prático do conhecimento, baseado na experiência, fica reduzido a esfera individual e pode não ser compartilhado.

Como os saberes docentes vão sendo construídos ao longo da trajetória profissional, a natureza desse conhecimento é difícil de ser isolada, pois muitos dele estão implícitos e envolvem teorias e conceitos baseados em disciplinas – o conhecimento sistematizado – e também recebe influências do conhecimento pessoal, adquirido por meio da experiência. Apesar da facilidade em separá-los para efeito descritivo, na prática profissional eles se entrelaçam e são inseparáveis.

Outro ponto a ser destacado é a pouca valorização dada pela instituição à formação pedagógica do professor de medicina. Isso pode ser atribuído ao desmerecimento da atividade de ensino nas universidades, onde os estímulos para

a atuação e os critérios de progressão na carreira têm se fundamentado mais na produção científica que no exercício da docência (VENTURELLI, 1997).

Esse ponto nos permite reafirmar que a formação pedagógica, reconhecida pelos pesquisados como extremamente relevante para o exercício da docência, necessita ser assumida como parte indissociável do processo de formação dos médicos, adotando programas de formação que potencializem tanto a dimensão técnico procedimental quanto a crítico-reflexivo.

Ainda, em relação aos desafios para o exercício da docência, foi possível construir um segundo eixo estruturante dentro dessa temática de análise, que se refere à desvalorização profissional.

- **Desafios relacionados à desvalorização profissional**

A ideia de desvalorização profissional deve ser pensada a partir do que tomamos como referência para construir uma concepção de valorização. A história revela que, desde a Grécia, o professor se materializava na figura do estrangeiro, do escravo. Já nesse tempo:

[...] o magistério era considerado uma profissão servil, indigna de um homem livre. A única exigência era saber ler. Portanto, a profissão torna-se alvo e refúgio para aqueles que eram reduzidos a sobreviver com um salário de miséria, pago por taxas dos alunos. (GILES, 1987, p.14-15).

Embora essa visão anteceda a história do povo brasileiro, construída após a invasão dos europeus⁴⁰ e posterior colonização, seus indícios se mostram ainda enraizados na memória da burguesia que faz do trabalhador da educação um sujeito com condições de servidão, dada a espessura da desprofissionalização provocada pela desvalorização desses profissionais.

De acordo com Gatti (2007), a valorização passa também pela questão financeira, pelas condições de trabalho e pela formação. Olhando por esse ângulo é possível afirmar com base em Nóvoa (2006, p.33) que:

[...] Os professores nunca viram seu conhecimento específico devidamente reconhecido. Mesmo quando se insiste na importância da sua missão, a tendência é sempre para considerar que lhes basta dominarem bem a matéria que ensinam e possuírem um certo jeito para comunicar e para lidar com os alunos. O resto é dispensável.

⁴⁰ Referimo-nos a uma história do povo brasileiro após a invasão dos europeus por reconhecer a existência de uma história construída pelos indígenas que antecede esse tempo.

Tais posições conduzem, inevitavelmente, ao desprestígio da profissão, cujo o saber não tem qualquer valor de troca de mercado.

As questões apontadas pelo autor referido indicam muito do que temos reforçado em relação à posição dos docentes médicos sobre a desvalorização, que é marcada não só por aqueles elementos apontados por Gatti (2007), mas também por outras questões que merecem destaque, entre elas o fato de que muitos dos professores “[...] se engajam a fundo num trabalho que chega a tomar um tempo considerável, até mesmo invadindo sua vida particular, as noites, os fins de semana, sem falar das atividades de duração mais longa, como cursos de aperfeiçoamento, de formação específica, [...] etc.” (TARDIF; LESSARD, 2007, p.113).

Embora sejam muitas as questões que produzem uma condição de desvalorização entre os professores, certamente o salário é um dos pontos que chama atenção, tanto pela recorrência em estudos anteriores quanto pelas vozes dos professores estudados.

Gatti e Barretto (2007, p. 247) reforçam essa discussão ao argumentarem que “[...] os salários recebidos pelos professores não são tão compensadores, especialmente em relação às tarefas que lhes são atribuídas”.

Libâneo (2000, p.84) destaca a necessidade “[...] de melhores salários, condições de trabalho, melhor qualificação, estabilidade das equipes [...], servindo também para reconfigurar o papel deste professor”. Pelos baixos salários, algumas implicações podem ser identificadas na profissão docente, dentre elas, a baixa atratividade (GATTI, 2007; SAMPAIO et al, 2002; MORICONI; MARCONI, 2008; PINTO, 2009; GATTI; BARRETTO, 2009).

Entre os docentes médicos ficou evidente que a escassez de recursos, o financeiro e o tempo assumem a centralidade das questões que produzem a desvalorização desse grupo enquanto docentes. As unidades de sentidos, a seguir, corroboram esses destaques:

[...] A organização do material foi um desafio. Naquela é circulação de informação não era como a que ocorre hoje. **Nossos recursos eram bastantes escassos**, lembro-me bem tive que montar uma minibiblioteca em casa. (P1).

[...] **A maior dificuldade está ligado a questão financeira**, infelizmente a educação não compensa ainda financeiramente falando. (P3).

[...] É preciso fazer uma leitura da turma que você está lidando e isso demanda tempo, e, meu caro, tempo é uma coisa que o médico não

tem. Assim **acabamos por dedicar um tempo menor que o necessário para a docência.** (P2).

[...] Olha, **meu maior problema foi o tempo.** Nosso tempo e muito curto e parte do planejamento da aula sempre ficava meio prejudicado. (P4).

[...] principal desafio **foi conciliar a profissão médica com os trabalhos e aulas** da profissão de professor. (P6).

Os aspectos destacados pelos sujeitos nesse eixo estruturante demonstram que os maiores desafios enfrentados sempre estiveram atrelados ao tempo e ao aspecto financeiro, este último atuando como fator determinante para o desempenho de dupla jornada de trabalho, alternando a prática profissional entre a assistência e o ensino. Nesse contexto, identificamos no professor de Medicina algumas particularidades que o diferenciam dos demais professores de muitos outros cursos universitários:

- a maioria não possui qualificação formal em educação e não é exigida formação específica para conceber e desenvolver as atividades de ensino-aprendizagem;
- a Graduação e a Especialização do médico não têm como finalidade a formação do professor;
- a atividade de docente normalmente é complementar e secundária à profissão médica, sendo menor o compromisso profissional com a docência;
- a capacitação do professor de medicina, no que se refere aos aspectos pedagógicos da ação docente, não tem recebido a devida importância e valorização dentro das próprias instituições (MORÉ; GORDAN, 2004).

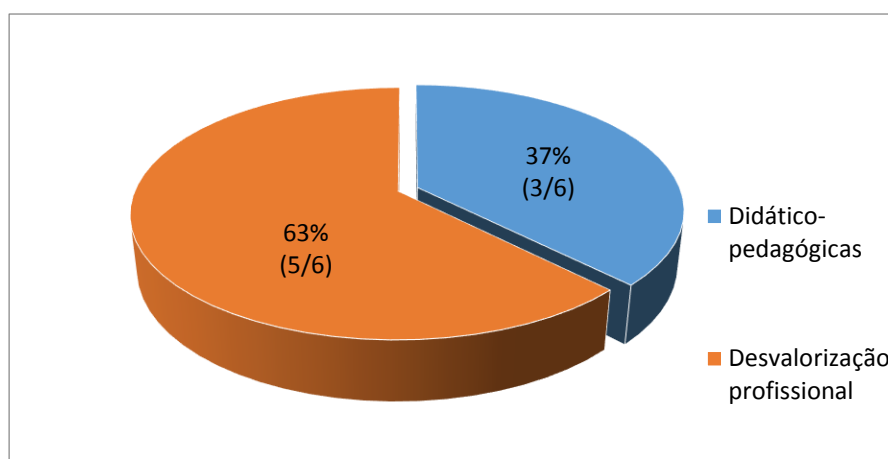
Considerando, ainda, na perspectiva de Perrenoud (2000), a questão dos valores sociais, éticos, políticos com os quais a educação se compromete, é importante lembrar que as Diretrizes Curriculares apontam para a formação, em uma única habilitação, de um médico com postura ética, visão humanista, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Desse modo, as competências relacionam-se a princípios pedagógicos da formação, ou seja, a princípios que agregam valores humanos, sociais, políticos da prática médica, comprometida com as circunstâncias sociais da saúde, não só no sentido de compreendê-las em relação às condições de saúde de seus pacientes,

como no sentido de compreendê-las em relação às condições necessárias ao exercício da medicina com qualidade e dignidade.

Nesse cenário, de acordo com o Gráfico 11, é perceptível que houve uma prevalência das unidades de sentidos ligados a sub-temática desvalorização, estando presente em 63% das falas dos docentes médicos entrevistados.

Gráfico 11 – Desafios na trajetória inicial da docência médica.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Esses desafios apontados pelos professores médicos reforçam nossa tese de que suas práticas docentes são pautadas por uma formação deficiente e por um início casuístico, o que tem levado a um posicionamento didático-pedagógico marcado por concepções teóricas e práticas relacionadas a representações, humanidades e novas metodologias, seguindo em direção a uma *práxis* na docência. Esses apontamentos nos parecem se configurar como elementos constitutivos da tarefa de professor na área médica, sendo discutidos a seguir.

5.3.4 Temática 4: Elementos constitutivos da docência médica

Na temática que enfatiza os aspectos importantes para ser docente no campo da medicina, observamos o surgimento de quatro eixos estruturantes a partir do *corpus* de análise. Entre elas, encontra-se a *práxis*, a formação continuada, as metodologias de ensino, a representação do professor para o aluno e a formação humanística.

- **Quanto às *práxis* como elemento constitutivo da docência médica**

[...] Atualmente, percebo a enorme **necessidade de conseguir estabelecer uma relação entre a teoria e a prática**. Ser docente na área de saúde exige muita habilidade, pois não é fácil, este docente tem a obrigação de contextualizar o que de fato ocorre na prática. **A complexidade está no fato de se procurar estabelecer essa relação entre a teoria e prática.** (P1).

[...] Sem dúvida, temos campos muito precários, isso dificulta muito associar a teoria e a prática. Então, para ser professor é preciso saber gerenciar esses fatores dentro da docência em saúde. É um desafio constante, pois **temos que constantemente estar nos preocupando com os diversos fatores no ensino e na pesquisa**. Precisamos ser **facilitadores da relação existente entre teoria, prática** e ainda fazer com que esse aluno produza cientificamente. (P2).

[...] Sem dúvida, **a experiência clínica é fundamental, mas tão importante quanto, é a didática**, essas duas coisas precisam estar muito bem associadas, caso contrário o conteúdo apesar de ser muito rico, não consegue ser transmitido em sua totalidade. (P4).

[...] É muito importante **ter conteúdo teórico e experiência prática na saúde** (P6).

Na educação médica, é reconhecida a grande influência que a estrutura social, particularmente a organização social dos serviços, exerce sobre a formação dos profissionais de saúde. Embora a educação médica esteja subordinada a regras do campo da educação, é o setor saúde que define seus rumos e sua conexão com a sociedade, em particular por meio da prática médica: “[...] Há importantes estudos mostrando a íntima relação entre educação médica, prática médica e estrutura social. As escolas e os currículos são componentes desses processos mais gerais”. (Almeida, 1999, p.33)

Ao mesmo tempo, as instituições de ensino exercem grande influência na organização dos serviços de saúde, pois interferem na formação dos sujeitos que atuarão no sistema de saúde.

De acordo com Almeida (1999), “[...] uma vez que o modo de formar médicos determina a ordem institucional, é esperado que mudanças no primeiro levem a transformações substanciais na forma de organização da educação médica”.

Também para Lampert (2002), as reformas do setor saúde estão intrinsecamente ligadas à formação de recursos humanos para a saúde, em especial da categoria médica que mantém a hegemonia ideológica da prática profissional própria do setor.

Nessa lógica, os serviços de saúde se organizam para dar respostas aos problemas de saúde e sofrimento da população; e as escolas existem para preparar profissionais que, atuando nos serviços, deem respostas aos problemas e às necessidades de saúde.

Nesse sentido, é essencial que a formação profissional em saúde, além de atender às questões educacionais, responda prioritariamente aos problemas e às necessidades de saúde da população. Isso significa uma mudança de paradigma, rompendo efetivamente com o modelo hegemônico do paradigma flexneriano, centrado no diagnóstico e tratamentos das doenças em especialidades.

- **A formação continuada como elemento constitutivo da docência médica**

[...] A carência é enorme de profissionais qualificados e infelizmente um aluno que vai bem na teoria não necessariamente será um bom profissional no futuro. **Precisamos viver constantemente estudando** para oferecer o melhor aos nossos alunos. (P1).

[...] **A docência nos estimula a sempre estar aprendendo**, e nos readaptarmos ao cenário que sempre está em constante processo de transformação. (P2).

[...] **Você se vê obrigado a estar estudando** para dar conta de gerenciar todo esse processo de formação do futuro médico. (P3).

[...] **Para se dar aula na saúde e indispensável manter-se sempre atualizado**. Não dá para você dar aula sem manter-se constantemente estudando. As coisas mudam muito rápido e se você não manter um ritmo de estudo, nossa! Pode ser um caos. (P5).

Não bastasse a influência da relação entre a prática médica e a docência para as escolas médicas compreenderem a necessidade de estabelecer um processo de educação permanente, centrada no reconhecimento do potencial educativo dos postos de trabalho e na indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento, o fato do papel do professor ganhar novos contornos na formação de recursos humanos em saúde amplia, ainda mais, a necessidade de investir na formação e no desenvolvimento docente.

Numa nova configuração pretendida para educação universitária, torna-se relevante o investimento na formação do professor na tradução de competências, relacionadas aos valores éticos, a socialização e a significação dos conteúdos em

diferentes contextos e de sua articulação interdisciplinar, bem como o conhecimento pedagógico e dos processos de investigação que possibilitam o aperfeiçoamento da prática docente (CAMPOS et al, 2007).

No projeto de avaliação proposto pela CAEM/ABEM, o eixo Desenvolvimento Docente aponta a necessidade do corpo docente contar com referências e apoios institucionais permanentes no cotidiano das atividades didático-pedagógicas. Esse eixo busca identificar a tendência da escola para investir nos aspectos didático-pedagógicos, na atualização técnico-científica, na interrelação com os serviços, visando constituir parcerias, e na capacitação para a gestão das mudanças na escola. Também identifica as políticas da escola médica em relação ao corpo docente, que é o agente que orienta a formação do médico e define o perfil de assessoramento dos técnico-administrativos para desenvolver suas tarefas e, para isso, considera os elementos essenciais para que se favoreça o desenvolvimento docente.

- **As metodologias de ensino na docência médica**

[...] Às vezes, procuro tornar minha aula um pouco mais dinâmica porque trago para a sala aquela vivência adquirida na prática, e vice e versa, mas, na verdade, isso é uma conduta mais recente se for para analisar o início da minha carreira. (P1).

[...] Vejo que a dinamicidade é um fator primordial. Você precisa ser dinâmico para pegar tudo que tem a sua volta, sintetizar e passar ao seu aluno de uma maneira objetiva e prática, caso contrário você não sai da teoria. (P3).

Constatando que as mudanças são essenciais para que os cursos médicos se reorganizem em busca do atendimento às diretrizes, há de se considerar a centralidade que passa a ter o professor no processo de transformação da escola médica.

Essa transformação vai muito além das mudanças curriculares, pois não basta reorganizar o currículo, tentando integrar os conteúdos, ou reescrever o projeto pedagógico. Trata-se de romper com a prática pedagógica presente hoje na universidade, embasada excessivamente na transmissão de conhecimentos, para focar a reflexão crítica da produção do conhecimento e do seu uso e da ação social.

Muitas escolas iniciaram seus processos de mudança, a maioria deles, porém, voltada a reformulações curriculares pontuais, com a introdução de

metodologias ativas de ensino numa ou noutra disciplina, com mudanças pequenas de cenários e quase nenhum investimento em capacitação docente, impactando de forma muito limitada à formação do médico.

Para superar o modelo tradicional, é preciso mais do que isso. É preciso mudar a construção do conhecimento que está diretamente ligada à prática docente de reprodução e transmissão do conhecimento. Devemos entender o papel do docente não mais na sua função tradicional de ensinar, de transmitir conhecimento, e sim como protagonista das mudanças que se fazem urgentes.

A complexidade da atuação docente na educação médica voltada ao paradigma da integralidade tem sido discutida por diversos autores (CARABETTA; CURY, 2007; BATISTA; BATISTA, 2004). Nesse novo contexto, não basta à qualificação do professor em relação ao conteúdo específico de sua disciplina, o que era suficiente até meados do século passado.

Com a ressignificação da ação educativa, é preciso aliar o conhecimento técnico ao fazer pedagógico, de forma que o docente esteja preparado para conceber e implementar soluções pedagógicas adequadas à aprendizagem dos estudantes (ANASTASIOU, 2002).

Para Cecim e Perla,(2009), a prática pedagógica é considerada o domínio específico da profissão docente, pois traduz a concepção do professor sobre as funções profissionais e o modo como devem ser desempenhadas.

O professor de medicina, assim como nas demais áreas da docência em saúde no Ensino Superior, não foi preparado para ensinar e, em decorrência disso, sua experiência deriva principalmente de seu conhecimento no campo em que atua. Assim, entendendo o exercício docente como uma prática social, a profissionalização do professor passa a ser estratégica no repensar da educação médica em suas dimensões institucional e social.

Devemos compreender o docente como agente transformador, sujeito do processo de ruptura e inovação interna e externa à instituição (BATISTA; BATISTA, 2007). Esse docente, na maioria das vezes, médico, provavelmente formado pelo modelo hegemônico centrado no hospital, deverá atuar como educador na nova proposta de formar médicos. Deverá ter capacidade de preparar o estudante para aprender a aprender de forma a acompanhar a evolução do conhecimento; para interagir com os demais profissionais de saúde, atuando com competência em equipes multidisciplinares; para compreender a realidade do Sistema Único de

Saúde; e, mais do que isso, para refletir sobre ela, buscando atender às necessidades básicas de saúde dos usuários.

- **No tocante a representação do professor para o aluno**

[...] **Se você não o ensina adequadamente**, tenha a certeza que este aluno lembrará de você de forma muito negativa. (P2).

[...] O progresso da saúde torna cada vez mais difícil, **somos para os alunos o exemplo de como trilhar, conciliar, produzir, enfim, somos um tipo de espelho**. Se você for um bom professor, seus alunos conseguem trilhar esse caminho com mais facilidade. (P3).

[...] **Temos, acima de tudo, a nobre função de sermos espelho para essa juventude**, no sentido de que caminho seguir e como seguir, como conduzir situações que poderão surgir. (P5).

[...] **As coisas não funcionam como estão descritos no papel**, mesmo que, às vezes, me sinta obrigado a fazer algo que ensinei diferente, deixo sempre bem claro aos meus discentes que o meio está me obrigando a ter certa conduta, mas que de fato não era o que deveria ser feito. (P2).

O momento da aprendizagem deve ser repleto de organização, receptividade e direcionamento. O ambiente do ensino também aparece como influenciador da qualidade da aprendizagem, e um clima de interação permite aos estudantes a oportunidade de participar do ensino. Um estudo, realizado na Suécia, encontrou que o bom professor deve ser um modelo para o estudante, o que demonstra a importância da prática clínica para a validação do ensino, o que vem ao encontro das afirmações apresentadas neste estudo (STENFORS-HAYES; HULT; DAHLGREN, 2011).

Zabalza (2004) também considera importante o envolvimento e o compromisso com a aprendizagem dos estudantes e o interesse e preocupação com cada um deles, ser acessível e reforçar positivamente os alunos — visão também apresentada pelos professores que participaram desta investigação, que mostram acreditar que a dimensão educativa da atividade docente não se realiza apenas com o conhecimento científico dos docentes.

Há autores que destacam em seus trabalhos as características não cognitivas ligadas à capacidade de relacionamento com os estudantes, as emoções: entusiasmo, inspiração, apoio, paixão pela profissão, flexibilidade, humor, humanidade, sensibilidade, fidelidade, paciência, solidariedade e espontaneidade (KNIGHT LV; BLIGH, 2006).

Para se enquadrar no novo modelo de ensino, o professor precisa modificar sua dinâmica de atuação e a sua convivência com os estudantes. As mudanças, entretanto, esbarram em resistência dos docentes que alegam como dificuldades: falta de tempo, estresse, necessidade de se dedicar, devido a problemas financeiros, a outras atividades, além do ensino, como: pesquisa e atuação profissional, e sobrecarga de trabalho nas instituições onde atuam como médicos, professores e supervisores.

Outro fator de resistência é a forma como aprenderam a ser docentes que se restringe, geralmente, à reprodução dos modelos considerados válidos, aprendidos anteriormente, e à experiência prática cotidiana. Em estudo realizado na Holanda essa resistência se relaciona à falta de tempo dos professores, pois precisam trabalhar fora da universidade por considerarem fundamental para o currículo. Esse fato revela a secundarização da atividade docente.

- **No que se refere à formação humanística**

[...] Estimular os alunos a serem **bons profissionais**, a serem **pesquisadores** e a serem **pessoas de bom caráter**.(P6).

[...] **Acho que temos a imensa responsabilidade de formar profissionais técnicos qualificados e ao mesmo tempo humanizados**, isso com o tempo vai se tornando cada vez mais difícil devido a rotina estressante a profissão, mas caso consigamos deixar essa base solidificada, essa relação permaneça. (P4).

A revolução nas ciências biomédicas impulsionou um mercado mundial altamente especializado, restrito e agressivo, capaz de girar e concentrar um grande volume de dinheiro e promover lucros significativos.

Assim, a saúde transformou-se rapidamente numa banca globalizada de negócios multinacionais, com um disputado movimento de inclusão, nele, de especialistas de diferentes categorias. Esse potente fator estrutural promoveu um processo sem precedentes de cooptação passiva ou ativa de profissionais, não exclusivamente da área médica, que passaram a ser parceiros essenciais das emergentes indústrias farmacêuticas, de equipamentos, materiais e insumos. Essa eficaz parceria não foi, contudo, isenta de desvios e sequelas.

A incorporação tecnológica desenfreada passou a determinar tanto a organização e gestão dos hospitais, clínicas, faculdades e consultórios quanto à formação dos profissionais. O foco das práticas médico-hospitalares concentrou-se

progressivamente na realização dos procedimentos propiciados por meio de instrumentos de diagnóstico e tratamento e no uso de drogas.

A lógica da produtividade tomou conta da relação profissional-paciente. Na área médica, a mais afetada nesse processo, a renovação tecnológica em velocidade sem precedentes passou a determinar a necessidade de atualização permanente nos conteúdos do aprendizado e na formação dos profissionais.

Fundamentos e conceitos anteriores – de uma medicina baseada na relação médico-paciente, na escuta dos problemas, no humanismo e na consideração da unidade indissolúvel do corpo e mente – foram, muitas vezes, deixados de lado. A pessoa e as suas necessidades, as populações e as suas necessidades, atendidas em domicílio pelo médico da família, até, então, tidas como objetos importantes da medicina e da saúde pública, foram sendo relegadas, com o argumento da eficácia dos resultados obtidos, fossem eles em termos de diagnóstico ou de terapêutica clínica ou cirúrgica.

A pesquisa biomédica afirmou progressivamente os bons resultados da nova clínica. As práticas baseadas nas evidências demonstradas por procedimentos, medicamentos e técnicas produziram a emergência permanente de novos produtos e inovações. O ensino se concentrou decisivamente nos hospitais, constituindo o moderno modelo hospitalocêntrico de assistência médica e o principal campo da formação. Pesquisa, inovações, ensino e assistência se reforçaram constantemente e deram um direcionamento irresistível às aplicações do conhecimento científico nesse período.

Segundo Boaventura de Sousa Santos (ano, p. xx),

[...] a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas. É esta a sua característica fundamental a que melhor simboliza a ruptura do novo paradigma científico com os que o precedem. Está consubstanciada, com crescente definição, na teoria heliocêntrica do movimento dos planetas de Copérnico, nas leis de Kepler sobre as órbitas dos planetas, nas leis de Galileu sobre a queda dos corpos, na grande síntese da ordem cósmica de Newton e, finalmente, na consciência filosófica que lhe conferem Bacon e, sobretudo, Descartes.

Esse ‘pano de fundo’ marcou profundamente o ensino dos médicos e demais especialistas da área da saúde a partir dos anos 70. O diversificado desenvolvimento tecnológico impulsionou a divisão do trabalho especializado,

influenciando de maneira sistemática os conteúdos curriculares, com a departamentalização curricular.

Na medicina, a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais para o uso das tecnologias consagrou as residências médicas e a lógica da formação em serviço com o aumento da formação de Especialistas, nos hospitais de ensino. A gestão político-administrativa das instituições de saúde, públicas ou privadas, orientou-se, no geral, nessa direção.

Todo esse desenvolvimento das ciências e tecnologias biomédicas trouxe resultados espetaculares, mas não houve acesso equitativo a elas. Contudo, nesse mesmo período, também foram buscadas novas soluções que focalizaram as possibilidades da saúde pública e de outras referências para as práticas integrais em saúde.

Entre elas, destacamos a Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida no Cazaquistão (1978), que promulgou a diretriz “saúde para todos”, juntamente com a proposição da Atenção Primária em Saúde (APS), como estratégia para atingir tal objetivo, mundialmente, até o ano 2000. Embora esses propósitos não tenham sido alcançados no prazo previsto, a especialidade do médico generalista, médico de família e comunidade passou a ser vista como complemento indispensável ao modelo das especialidades, consolidando a ideia de estabelecer uma ampla base de clínica geral, familiar e comunitária para a sustentação dos sistemas de saúde.

O conceito das abordagens e práticas multiprofissionais e interdisciplinares foi também reconhecido como o único caminho para a integralidade da assistência e o adequado cuidado às pessoas em suas múltiplas necessidades.

Inúmeros movimentos e instituições passaram a atuar direcionados a esses objetivos. No campo ético, uma reação aos efeitos da inusitada incorporação tecnológica biomédica foi o aparecimento da bioética, como um novo paradigma de reflexão e discussão dos limites éticos e jurídicos da manipulação do corpo, das distorções decorrentes do primado da tecnologia ou mesmo do acesso restrito aos benefícios do uso da moderna tecnociência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Isso também significou dizer que a situação do homem – de todos os homens e mulheres – passou a ser um problema ético para o homem, ou seja, uma macroética (KOSIK, 2002) se tornou necessária, fundada no princípio da responsabilidade com as populações, o meio ambiente e as gerações futuras (JONAS, 1975).

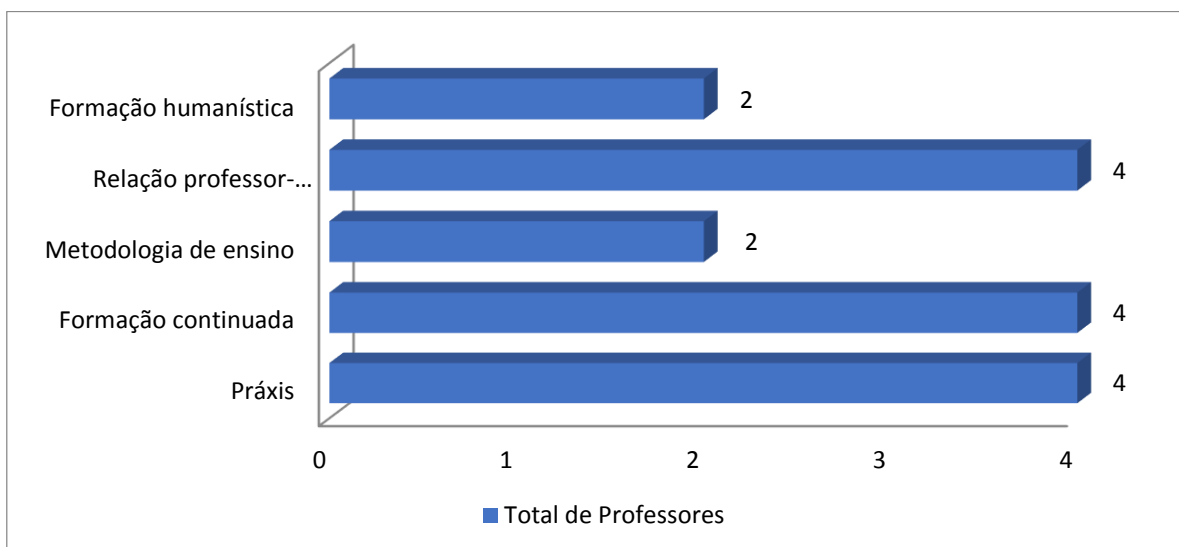
Cautela e prevenção se fizeram necessárias não só diante dos perigos da aniquilação nuclear, dos danos à ecossfera ou à biosfera, das guerras genocidas, mas também frente à brutal exclusão social que promove, no período de maior desenvolvimento das forças produtivas e das condições tecnocientíficas, um incremento perverso da pobreza, da miséria e da fome para grandes contingentes da população mundial. Os graves problemas que se acumularam na área médica, em decorrência dessa evolução, com repercussões mundiais, levaram autores médicos a refletir criticamente e a buscar soluções para corrigir esses rumos (MEYER, 2000).

Essas variáveis são incorporadas na discussão em torno da formação dos recursos humanos necessários à saúde no Brasil, sendo imperioso harmonizar a medicina eficaz com o uso racional das tecnologias disponíveis, em um sistema bem organizado. E também qualificar os profissionais de todas as categorias da saúde para uma assistência integral, humanizada e com responsabilidade pela continuidade dos cuidados prestados.

Em síntese, é preciso aproximar lógicas antagônicas de interesses conflitantes, presentes no processo de incorporação das tecnologias de ponta e nos corporativismos profissionais, em busca de integralidade dos cuidados de atenção à saúde das pessoas e da construção de um sistema racionalmente organizado, com diretrizes definidas, acesso equitativo e controle social. Para isso, é central a incidência de políticas públicas de Estado, reguladoras dessa transição.

Nessa temática, três unidades de sentidos apresentaram-se com maior frequência e de maneira proporcional, conforme podemos observar no Gráfico 12, pois os dados evidenciam que as sub-temáticas relação professor/aluno, formação continuada e *práxis* são enfatizadas na fala de quatro docentes médicos, enquanto que as sub-temáticas, intituladas de formação humanística e metodologia de ensino, são enfatizadas por dois docentes cada.

Gráfico 12 – Elementos constitutivos da docência médica.



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3.5 Temática 5: Diferença entre o início da docência médica e a docência atual

A temática que faz alusão a diferença entre o início da docência e a atualidade é constituída de três eixos estruturantes que se referem ao comportamento estudantil, a relação professor-aluno e a presença das novas tecnologias.

- **Em relação ao comportamento estudantil**

[...] Meu querido às diferenças são gigantes... Vamos começar a pontuar a questão do comportamento estudantil. Não é que eu não goste desse novo comportamento estudantil, mas **o aluno de antigamente conseguia manter um respeito pelo professor. Hoje, parece que somos colocados a prova todos os dias**, com comportamentos indevidos, comentários, entre outros. Isso nos exige muito mais paciência. Apesar disso, essa nova roupagem do aluno não trouxe apenas coisas ruins, pois, hoje, temos um aluno mais questionador e reflexivo, apesar dele se perder em grande parte do raciocínio, mas isso é bom, na verdade o grande problema é não saber se organizar na linha de raciocínio. (P1).

[...] **O aluno de hoje nos estimula mais**, pois as diversas fontes de informações fazem com que esse aluno seja cada vez mais preparado, assim somos obrigados a sempre estar nos atualizando. (P2).

As considerações tecidas pelos professores médicos sobre o comportamento dos alunos de medicina, em períodos variados de sua prática docente, apontam para diferenças relacionadas a aspectos emocionais, como o respeito; e aspectos cognitivos, como a capacidade de reflexão.

- **No que se refere à relação professor/aluno**

[...] São enormes as diferenças do passo pra hoje. A primeira está na relação criada entre o professor e o aluno. **Há uma maior aproximação**, o que nos faz, muitas vezes, estabelecer limites que antigamente não seria necessário. (P3).

[...] A principal está relacionada às metodologias de ensino, que **tornaram a relação professor e aluno mais próxima**. (P4).

No que se refere à relação entre professores e alunos, os sujeitos do estudo destacaram mudanças nessa interação, ressaltando o advento de novos posicionamentos pedagógicos e práticas metodológicas que estreitaram os laços entre esses dois sujeitos e extrapolaram a sua relação para além do campo educacional.

Esses fatos retiraram os alunos da condição de meros receptores de informações e os colocaram na posição de sujeitos ativos de sua formação, sendo fruto das transformações paradigmáticas no campo educacional ao longo do tempo, com a substituição de um modelo educacional tradicional para um modelo humanista, crítico e reflexivo, o que passou a exigir do professor médico uma constante atualização teórica e adequação a novas formas de ensino, a fim de dar conta dos questionamentos e indagações desses novos e contemporâneos alunos.

Depreendemos que esse posicionamento dos alunos em relação a forma e conteúdo do ensino, segue na direção oposta as metodologias que vigoraram por décadas nos círculos de educação ditos tradicionais. Paulo Freire (1982) já tecia críticas a esse tipo de educação, chamando-a de “bancária”, pois parte do pressuposto de que o aluno nada sabe e o professor é detentor do saber.

Nessa relação vertical entre educador e o educando, o Educador passa a ser o que possui todo o saber, constituindo o sujeito da aprendizagem, aquele que deposita o conhecimento, enquanto o educando, é o objeto que recebe o

conhecimento, tendo como característica o fato de ser acomodado, não questionador e submetido à estrutura do poder vigente.

Entendemos que, na contemporaneidade, as transformações de ordem política, econômica, histórica e cultural, levaram a mudanças no pensamento social vigente que, por sua vez, favoreceram profundas alterações nas relações existentes entre alunos e professores, pois os primeiros deixaram de atuar de forma passiva, silenciosa e oprimida.

Nesse contexto, o professor passa a ser não mais aquele que apenas educa, mas o que, enquanto educa é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Tornando-se ambos os sujeitos do processo da construção do conhecimento. "[...] Ninguém educa a ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo" (FREIRE, 1982 p.112).

No campo médico, o desafio de estabelecer essa relação educacional dialógica, se faz necessária a cada dia, pois ainda é possível identificar no interior das faculdades de medicina a unilateralidade do ensino, com movimentos de resistência a uma educação problematizadora, dialógica, crítica e reflexiva.

- **No tocante a presença das novas tecnologias**

[...] **O fluxo de informação é muito rápido, isso leva a alunos mais antenados, mais dinâmicos, menos dependentes.** Claro que estou falando de bons alunos. A gente sofria muito carregando livros e mais livros e passando alta madrugada acordados para fazer, por exemplo, um resumo. (P5).

[...] Antigamente não tinha toda essa tecnologia. Era mais aula explicativa e laboratório. **Hoje, você tem que saber mexer em computador, dar aula com *Power point*, coordenar um grupo de tutoria etc.** (P6).

[...] A principal diferença que vejo é a forma de estudar. Nossa! **Hoje, tem informação de tudo quanto é lado.** Por um lado é bom, mas por outro, deixa o aluno muito dependente das tecnologias. (P3).

[...] **Hoje, já se tem tudo muito mais a disposição,** o que também pode ser visto como ponto negativo, porque leva o aluno a ter as coisas mais fácil e no final seu conhecimento ser mais superficial. (P5).

A inserção de novas e atuais tecnologias na organização do trabalho pedagógico, em especial na área da educação médica, pressupõe planejamento e

decisões coletivas. A escolha e a forma de utilização dessas ferramentas refletem a concepção de ensino e educação do professor médico e ou assumida pela comunidade acadêmica.

Para Vieira Pinto (2009, p.746), “[...] A escolha das técnicas a utilizar e o sentido que lhes dará dependerá da atitude de cada um, no cultivo de finalidades verdadeiramente humanas, no esforço pela eliminação das circunstâncias naturais e sociais nocivas”.

O uso das mídias, no contexto atual, proporciona uma educação articulada com os avanços do mundo contemporâneo e se analisadas, pedagogicamente, pelo olhar do professor, podem contribuir significativamente para o processo de ensino e aprendizagem. Entre as tecnologias, hoje, disponíveis, nos ambientes escolares, temos, por exemplo, a TV Multimídia, o pendrive e o laboratório de informática, com acesso à internet.

Dentre todos esses instrumentos, o computador se revela, ainda, como maior desafio para um grande número de educadores, porque compreende além do conhecimento técnico, a compreensão de como torná-lo uma ferramenta para uso pedagógico.

Para Teruya (2006, p. 74), “[...] O computador passa a ser considerado uma ferramenta educacional, não mais um instrumento de memorização, mas um instrumento de mediação na construção do conhecimento”. Seu uso deve permitir a criação de ambientes de aprendizagem com novas possibilidades para pensar e aprender e “[...] é considerado um recurso que facilita a aprendizagem, mas exige dos docentes uma fundamentação teórica e metodologia para trabalhar no ambiente informatizado” (TERUYA, 2006, p. 91).

Tais afirmações têm como fundamento as proposições de Saviani (2008, p. 144) quando diz que:

[...] o professor, enquanto alguém que, de certo modo, aprendeu as relações sociais de forma sintética, é posto na condição de viabilizar essa apreensão por parte dos alunos, realizando a mediação entre o aluno e o conhecimento que se desenvolveu socialmente.

Segundo Teruya (2006, p. 94), “[...] As tecnologias da informação e comunicação facilitam o acesso a textos, documentos e mapas. Todo acesso a informações, de forma rápida via internet e via rede, contribui para melhorar o ensino”. Entre as contradições que merecem reflexão, a autora afirma que é preciso que o educador esteja atento para que o trabalho educacional com uso de

computadores e/ ou ferramentas de tecnologia educacionais, não se tornem continuidade de tarefas que deveriam ser executadas, na escola.

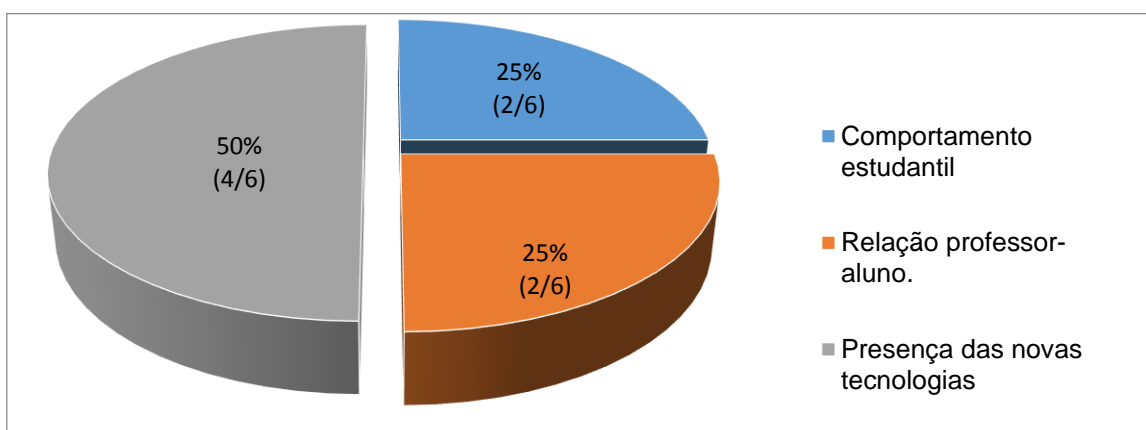
Outro fator que deve ser considerado nesse contexto tecnológico é o excesso de informações que circulam na Internet. É preciso saber o quê e onde se encontra o que se pretende pesquisar e tomar cuidado para que, nas atividades planejadas, não se privilegiem aqueles alunos que têm acesso ao computador, além da academia, em detrimento dos que não contam com essa tecnologia, em seus lares.

Tais questões devem estar explicitadas no momento de organização do plano de trabalho docente. Um dos grandes desafios a ser enfrentado é transformar, o contexto escolar, num espaço crítico para análise e apropriação dos recursos midiáticos, pois a tecnologia avança, num ritmo acelerado e, no entanto, a discussão é minimizada, na maioria das vezes, pautada em saber ou não utilizar a técnica.

Vencer o fantasma do medo e lançar-se na aventura do desconhecido, procurando apropriar-se das possibilidades que os recursos tecnológicos oferecem, é o primeiro passo para a possibilidade de torná-los ferramenta pedagógica. Segundo Sampaio e Leite (1999, p. 74), “[...] o professor deve ter clareza do papel delas enquanto instrumentos que ajudam a construir a forma de o aluno pensar, encarar o mundo e aprender a lidar com elas como ferramentas de trabalho”. Não é mais possível fechar os olhos para essa realidade. É preciso assegurar uma educação em conformidade com os avanços do mundo contemporâneo.

A unidade de sentido que prevaleceu na temática “diferença entre o início da docência médica e a docência atual” refere-se ao comportamento estudantil, enquanto que a relação professor-aluno e presença das novas tecnologias apresentaram a mesma proporção de citação pelos entrevistados (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Diferença entre o início da docência médica e a docência atual.



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3.6 Temática 6: Desafios do docente médico na atualidade

No que tange a temática relacionada aos desafios da docência médica na atualidade, notamos a ocorrência de três eixos estruturantes: novas formas de ensino, diálogo entre teoria, prática e pesquisa e como lidar com diversas fontes de informações.

- **Sobre novas formas de ensino**

[...] Acredito que para mim **o maior desafio está relacionado as novas tendências da educação**. Sabe, essas novas formas de ensinar, esse negócio de problematização, sei que é bom, mas ao mesmo tempo é complexo ensinar com base nestas propostas. (P1).

A falas exposta por um dos sujeitos da pesquisa nos leva a refletir sobre as transformações sofridas pelo ensino no Brasil, ao longo dos últimos anos, com a substituição gradual do modelo tradicional por modelos educacionais inovadores (DUN, 2011).

Esse processo de substituição de modelos pedagógicos tem ocasionado mudanças no papel docente em todos os cenários educacionais, a exemplo do curso de medicina. O ensino baseado na transmissão de conhecimentos, em que o professor se enquadra como um especialista no assunto e o estudante como um observador já não mais se adéquam às necessidades de formação de profissionais de saúde (DUN, 2011).

O papel do docente de medicina tem mudado historicamente: “[...] A missão tradicional do docente como transmissor de conhecimentos ficou relegada a segundo plano, dando espaço ao seu papel como facilitador da aprendizagem de seus alunos” (ZABALZA, 2004, p. 110). No Brasil, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina (artigo 9º), os professores devem ser facilitadores, mediadores do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2001).

A tendência é a substituição de metodologias de ensino com foco no professor por metodologias centradas no estudante, visando a uma aprendizagem mais significativa e a um desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva dos profissionais de saúde (STENFORS-HAYES, 2011).

Quando o ensino ocorre de maneira centrada no professor e na transmissão do conhecimento, o estudante torna-se mais propício a reproduzir o conhecimento obtido por meio de uma aprendizagem superficial (MOHANA; CHAMBERS; WALL,

2007), porém quando o ensino se desenvolve centrado no aluno, a profundidade da aprendizagem e a compreensão dos fenômenos estudados são maiores.

Apesar das vantagens apresentadas pela adoção dessas novas propostas metodológicas, Almeida (2011) relata que para muitos docentes médicos é difícil desenvolver tarefas propostas nos métodos ativos, pelo fato de que os conteúdos deixam de ser específicos de sua especialidade e passam exigir uma necessidade maior de integração dos conteúdos.

Ten Cate et al (2004) consideram que os docentes de Medicina apresentam dificuldades de compreender as concepções curriculares subjacentes aos currículos e de colocá-las em prática. Os autores apregoam a necessidade de que as propostas sejam bem claras para auxiliar os docentes a refletir sobre a prática cotidiana, analisar as atitudes/reações dos alunos, desenvolver e implementar novos métodos de ensino e compreender porque determinadas estratégias não conseguem estimular a aprendizagem.

Apesar das dificuldades que os professores de Medicina apresentam em relação às questões educativas, Swick (1998) considera que, se por um lado, as mudanças trazem inevitavelmente desafios e sentimentos de perda, por outro, também oferecem a oportunidade de reconstruir o ensino médico em direção às necessidades da sociedade.

Clarck (1997) concorda em que a resistência docente é um fator limitante de mudanças no ensino médico e relata o papel positivo da avaliação realizada em um curso de Medicina do Reino Unido que, ao mudar seu currículo, realizou uma investigação com egressos sobre o ensino ministrado. Foram devolvidos 78% dos questionários e apontadas as deficiências em vários aspectos da formação, com um efeito imediato de implementar algumas alterações práticas no currículo para corrigir as deficiências apontadas.

Aliás, a avaliação tem sido um instrumento usado para efetivar mudanças em cursos de Medicina e Odontologia (FRIEDEBERG,1997; FRY et al, 1997) e é considerada válida para avaliação curricular. Não basta, entretanto, apenas aplicar instrumentos de avaliação. Para Wolfhagen (1997), o sucesso dos processos avaliativos encontra-se no desejo de adotar uma atitude crítica, de analisar a situação existente, na oportunidade de discutir e dialogar, na disponibilidade de executar um plano de ação e de coletar dados continuamente.

- **A respeito do diálogo entre teoria, prática e pesquisa**

As imbricações existentes entre esses três aspectos estruturantes da docência superior e presente nas falas dos professores médicos, demonstra alguns fatores limitantes de avanços no ensino médico, a exemplo da insuficiência de abordagem dos problemas educativos próprios da educação médica, visto que os professores de Medicina tendem a valorizar o aspecto profissional da carreira médica, em detrimento dos aspectos pedagógicos da docência universitária, como pode ser percebido nas evocações a seguir:

[...] Para mim é **complexo essa relação entre teoria, prática e pesquisa**. A universidade te cobra uma versatilidade que nem sempre é possível, diante de tantos trabalhos que temos e conseqüentemente a falta de tempo. (P2).

[...] É difícil refletir sobre isso, **são muitos os fatores que se relacionam dentro desse processo, a teoria, a prática, além de outras situações** relacionadas à universidade como publicação, evento etc. Na prática, acabamos nos perdendo nesse contexto. (P3).

Publicações referentes à docência médica (CUNHA, 1994) e à docência universitária (PEREZ, 1992) são unânimes ao considerarem a existência de uma deficiência no domínio da área educacional, no desempenho do docente do Ensino Superior, o que leva conseqüentemente a maiores dificuldades no manejo e inserção dos professores nos campos de pesquisa e prática educacional.

É esperado que o professor de Medicina seja “[...] um profundo conhecedor do assunto que deve ensinar, como se apenas esse aspecto assegurasse sua competência didática”, fato que contribui para a falta de qualificação pedagógica dos docentes (BATISTA, 1998, p. 34).

A pouca valorização dada à formação pedagógica do professor universitário pode ser atribuída ao desmerecimento das atividades de ensino nas universidades, onde os estímulos para a atuação e os critérios de progressão na carreira têm-se fundamentado mais na produção científica do que no exercício da docência. Contribui para esse fato o próprio desenvolvimento do conhecimento científico específico de cada área, que tem se tornado cada vez mais fragmentado e incapaz de explicar a complexidade dos fenômenos educativos.

Para os professores de Medicina, a docência é considerada uma atividade secundária à profissão médica, e o trabalho docente, com suas particularidades relacionadas à teoria, prática e pesquisa “[...] não se configura como uma profissão” (BATISTA, 1998, p. 32). Um fator que contribui para essa constatação é que o critério de contratação dos docentes nos cursos médicos é centrado, principalmente, na qualidade de seu desempenho em sua área técnica de atuação.

Além disso, os professores de Medicina, frequentemente, são contratados pelo trabalho desenvolvido em pesquisa e publicações científicas e não pela capacidade de ensinar, conforme observam Finucane e Rolfe (1996), McLeod et al (2003) e McLean (2001), fator que os leva a se afastarem das atividades docentes. Pesquisar e ensinar “[...] não são atividades incompatíveis, mas competem no tempo disponível do docente/pesquisador” (LAMPERT, 2002 p. 154-155).

Apesar de as instituições de ensino serem basicamente formativas e, dessa forma, a formação oferecida aos estudantes deveria constituir a variável de maior importância, o *ranking* é feito com base em indicadores de produção científica ou técnica e, assim, o potencial formativo fica secundarizado. Muitas vezes, “[...] os professores vêem (sic) a si mesmos mais como pesquisadores (no campo científico) ou como profissionais (no campo aplicado) do que como professor de fato” (ZABALZA, 2004, p. 114).

Entidades que incentivam/promovem a educação médica, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendam que o desenvolvimento docente se torne integrado ao processo de reforma curricular. Consideram também que, nas escolas médicas, as atividades de ensino deveriam ter o mesmo valor dado às atividades de pesquisa, e os indicadores de competência em ensino deveriam ser estabelecidos e considerados (CUNHA, 1994).

Com essa realidade, atrair e reter professores qualificados na área médica continua um desafio, pois, apenas, recentemente os professores universitários vêm se tornando conscientes de que a atividade docente, como a pesquisa e a prática de qualquer profissão, exige capacitação própria e específica. A desvalorização das atividades relacionadas à formação docente, portanto, prejudica a qualidade do ensino ministrado (CUNHA, 1998).

- **Com relação a como lidar com diversas fontes de informações**

[...] **É muito difícil ter que lidar com a gama de informações que temos circulando através de diversas fontes.** Ainda sou do tempo que o livro me bastava, tínhamos que decorá-lo, mas era só ele a nossa referência. (P3).

5.3.7 Temática 7: Influência da docência médica na prática assistencial

A análise da temática, denominada “Influência da docência médica na prática assistencial”, é constituída de três eixos estruturantes que se referem a qualidade assistencial: reflexão na/ da prática e atualização. Esses eixos apontam para transformações na cotidianidade do exercício profissional da medicina, impulsionadas e interrelacionadas pela docência na área médica dão pistas acerca da processualidade das Representações Sociais construídas sobre a docência médica, ou seja, da resignificação das imagens e sentidos construídos sobre esta prática profissional.

- **A qualidade assistencial**

Esse eixo estruturante da temática em questão ressalta o fato de que a influência exercida pela atividade docente dos médicos contribuiu significativamente não apenas para o desenvolvimento de suas identidades como professores, mas também, para a melhoria da assistência em saúde, prestada por esses profissionais em sua dimensão médica, o que é atestado nas falas de quatro médicos participantes da pesquisa.

[...] **Isso é uma relação direta, nós temos a tendência a ensinar da forma que aprendemos,** por isso vem a dificuldade de adaptação as novas tendências. Consigo, hoje, ser mais flexível na minha prática. (P1).

[...] A maneira como ensino **é a maneira como desenvolvo minha prática.** (P2).

[...] É indiscutível que **a docência me ensina muito e que melhora minha prática assistencial.** (P3).

[...] Hoje, sou mais feliz, a docência me dá tranquilidade, segurança, isso melhora substancialmente minha assistência. (P5).

As falas apresentadas reiteram as imbricações existentes entre a docência enquanto ação formativa, libertadora e transformadora (FREIRE, 1996) e a atuação

social dos sujeitos formados nas universidades que, embora formados a partir de concepções pedagógicas tradicionais, se deslocam para uma pedagogia crítica, marcada pelo exercício da aproximação entre teoria, prática, contexto, sujeito.

Estas relações existentes entre docência e formação, demonstram a necessidade de se encarar a atividade docente nas universidades de forma profissional e não amadorística, pois, além das competências específicas para o exercício de uma profissão, existem as competências próprias do docente universitário, representadas pela especialidade em uma determinada área do conhecimento, pelo domínio da área pedagógica e pelo exercício da dimensão política da docência universitária.

Entendemos que essas competências docentes, tão importantes para a constituição de futuros profissionais, não se esgotam em si, sendo oriundas de processos formativos que ocorrem durante toda a vida profissional (TARDIF, 2002), 'sofrendo' a influência de tensões existentes entre as determinações estruturais da sociedade e as exigências do sistema de ensino. Esse fato nos permite identificar lacunas na atuação docente da área médica, pois esta, por vezes, se restringe à reprodução de modelos considerados válidos, aprendidos anteriormente e somados à experiência prática cotidiana de cada professor.

Essa maneira tradicional de ensinar e aprender medicina repercute diretamente na relação médico-paciente, na medida em que a contemporaneamente considera essa relação como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde a partir de seus desdobramentos em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (ARDIGÓ, 1995).

Essas questões vêm sendo tratados por meio de temas como: o grau de satisfação do usuário do serviço de saúde (ATKINSON, 1993; WILLIAMS, 1994; GATTINARA et al, 1995; ROSENTHAL; SHANNON, 1997), o *counselling* – o aconselhamento (BERT; QUADRINO, 1989), a comunicação médico-paciente (CAMPOS et al, 2007; WHO, 1993), o sofrimento do paciente e a finalidade da biomedicina (CASSEL, 1982; 1991) e o consentimento informado (SANTOSUOSSO, 1996).

Todos esses estudos reforçam a ideia de que para a melhoria da relação entre médicos e pacientes é importante que se estabeleça uma maior amplitude da

dimensão assistencial, com a valorização de aspectos socioafetivos e culturais que estão para além do campo biomédico.

Em relação ao aspecto cultural vale salientar que este se constitui, de acordo com Gertz (1991, p. 22), “[...] como uma teia de significados” tecida a partir da história de cada indivíduo. Nesses termos, pensar o atendimento em saúde pelos profissionais da medicina, requer o reconhecimento dessas condições culturais como base para atendê-los em uma perspectiva holística.

Todo esse movimento de transformação do ensino médico possui a intencionalidade de modificar efetivamente os aspectos objetivos e técnicos do profissional médico, incorporando ao seu comportamento uma maior atenção e cuidados ao sofrimento do paciente, introduzindo, assim, competências humanísticas em suas práticas que permitam o profissional ‘lançar mão’, além do suporte técnico-diagnóstico, de uma sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com este, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença.

A Reflexão na/da prática é visibilizada pelas unidades de sentidos, apresentadas a seguir, que demonstram a reflexão sobre e durante o ato pedagógico:

[...] Sinto que preciso me ajustar um pouco sempre que **reflito sobre a maneira que ensino e a forma que pratico**. (P1).

[...] **Eu sinto que na prática sou uma pessoa melhor, mais paciente e preparado**, por ter que viver constantemente estudando e aprendendo. (P3).

As respostas evocadas pelos professores denotam o ato reflexivo como uma ação natural do processo educativo, pois de acordo com Freire (1996, p. 75).

[...] 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.

Nos chama atenção o fato de que a reflexão sobre a prática não pode se restringir apenas às competências técnicas de bem executar ou não uma determinada ação instrumental, ou de dar uma aula com um novo dispositivo

audiovisual, pois ter competência é diferente de ter conhecimento e informação sobre o trabalho, sobre aquilo que se faz.

Foresti (2012) considera a competência como o ato de se ter domínio de uma ação imediata, constituindo um refinamento do individual com ausência do político, diferentemente da valorização do conhecimento em situação, a partir do qual o professor constrói o conhecimento. Essa construção do conhecimento só é possível quando se parte 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).

Nesse sentido, a docência na área médica pode fomentar no professor a possibilidade de reflexão **na e sobre**a ação, permitindo que ele se torne um investigador no seu espaço de trabalho. Essa reflexão sobre o seu fazer, desenvolve no professor a habilidade pedagógica de utilizar o conhecimento científico, elaborar rotinas, experimentar hipóteses e recriar estratégias (SILVA,2000).

Essa habilidade de reflexão sobre e durante as ações que extrapola o caráter utilitário-pragmático de uma simples ação prática e que não se limita a uma concepção teórica desprovida de aplicabilidade, é compreendida então como práxis, ou seja, como uma atividade social transformadora. Vázquez (1977, p. 185) afirma que “[...] toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. Nesse sentido, a *práxis* é uma atividade conscientemente orientada, o que implica tanto nas dimensões objetivas quanto nas subjetivas da atividade.

A *práxis* não é apenas atividade social transformadora, no sentido de transformação da natureza, da criação de objetos, de instrumentos, de tecnologias; é atividade transformadora também com relação ao próprio homem que, na mesma medida em que atua sobre a natureza, transformando-a, produz transformação a si mesmo (VÁZQUEZ, 1977).

Dessas afirmações, depreendemos que a *práxis*, em relação ao professor médico, não se reduz ao mero praticismo didático, tampouco a pura teorização. Nessa compreensão, a relação teoria e prática são indissociáveis. A compreensão da realidade, sustentada na reflexão teórica, é condição para a prática transformadora, ou seja, a *práxis*. Como bem afirma Vázquez (1977, p. 207):

[...] entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências, de organização dos meios materiais e planos concretos de ação; tudo isso como passagem indispensável para desenvolver ações reais, efetivas. Nesse sentido, uma teoria é prática na medida em que materializa através de uma série de mediações que antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade ou antecipação ideal da sua transformação.

Em síntese, a relação entre teoria e prática implica um constante processo de ação-reflexão, reflexão-ação entre esses dois planos – teórico e prático, onde a prática conforma a teoria, do mesmo modo que a teoria se ajusta em função do real. No que tange ao professor médico, esse fato permite reflexões de cunho transformador, tanto no âmbito da docência quanto no campo da assistência médica.

Essa dinâmica implica no reconhecimento da incompletude, do inacabamento de qualquer sujeito (FREIRE, 1989). O reconhecimento dessa condição demanda uma busca constante por conhecimento, em outras palavras, por atualização. Sobre essa questão dizem os professores médicos:

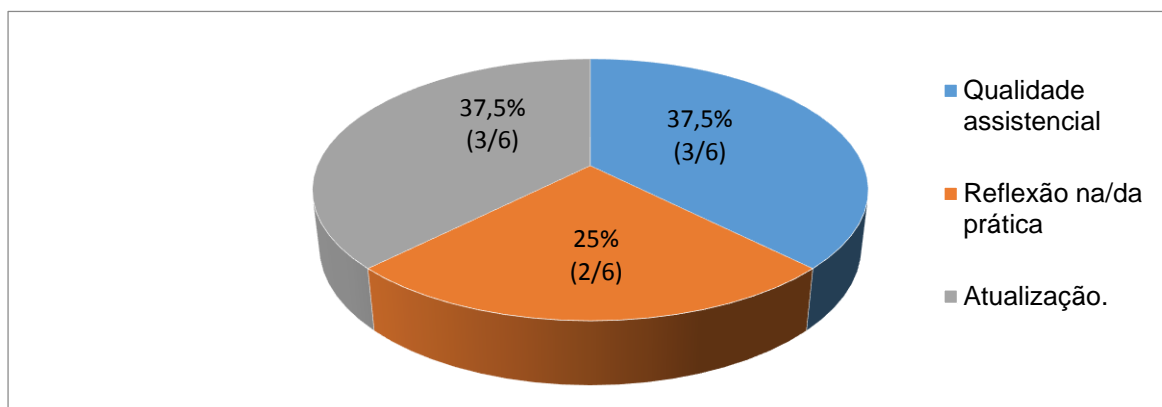
- **A atualização como eixo estruturante**

[...] **O fato de sempre ter que estudar para dar aula me ajuda a ficar por dentro das novidades** de tratamento e prescrição de medicamentos para as doenças. (P6).

[...] **Preciso estar constantemente estudando, me atualizando**, isso reflete na qualidade da minha assistência. (P5).

[...] **A docência me força estudar**, isso e fato. (P4).

Gráfico 14 – Influência da docência médica na prática assistencial



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3.8 Temática 8: Aspectos motivadores e desmotivadores da docência na área médica

A análise da temática que aborda aspectos motivadores e desmotivadores da docência médica é constituída de dois eixos, sendo dois motivadores e dois desmotivadores, são eles: a satisfação pessoal; o conhecimento (motivador); a desvalorização (desmotivador). Essa última marcada pelas questões salariais e a falta de estrutura, já tratadas na temática de desvalorização.

- **Quanto à satisfação pessoal**

[...] **Acredito que os aspectos motivadores são mais pessoais.** Compartilhar conhecimento e sentir no olhar do aluno a felicidade de ter aprendido algo que lhe deixava angustiado, isso não tem preço. (P1).

[...] **O que mais motiva em permanecer é ter a sensação que estou fazendo algo de bom ao transmitir o que a vida me ensinou.** É um trabalho que faço porque gosto, não dependo dele, mas preciso dele. Sinto-me bem ao desempenhá-lo. (P3).

[...] É essa energia dessa juventude, o brilho no olhar a cada etapa vencida. Nossa! São muitas coisas, mas todas elas se resumem no ato de que **eu posso dar um retorno à comunidade.** (P4).

Aquilo que os professores destacam como satisfação pessoal, representa, a nosso ver, o comprometimento político do ser humano como força provocadora de mudanças no interior da sociedade. Pela nossa humanidade, segundo Freire (1989), somos levados assumir um protagonismo social que atua na direção de romper com as condições de desigualdades entre as classes sociais.

Satisfazer-se pessoalmente com o resultado do nosso trabalho, representa, dentre outras coisas, o reconhecimento do lugar que socialmente ocupamos, seja pela profissão, ou por outra condição que nos atravessasse enquanto sujeito historicamente produzido.

Dentre as “armas” com possibilidades de uso nessa luta contra as desigualdades e contradições produzidas nas sociedades capitalistas, ganha destaque o conhecimento. Para o conhecimento é mais um dos aspectos que os motiva para se manter a condição de docentes. Dizem eles:

- **O conhecimento como aspecto motivador da docência médica**

[...] Essa busca por conhecimento. **Transmitir o meu conhecimento.** (P4).

[...] **O que mais me motiva o constante fluxo de informação**, esse leque de aprendizado extremamente dinâmico. (P5).

[...] **A busca pela ciência e o interesse por parte dos alunos**, tudo isso é muito gratificante. (P6).

Por meio das unidades de sentidos é possível deduzir que os professores a partir do conhecimento ainda assumem condição oscilante entre uma prática bancária, de transmissão de conhecimento e uma prática dialógica (FREIRE, ccccc).

Além disso, fica evidente que o aluno assume papel de co-responsável pelo processo e que a sua participação é indispensável, pois como afirma Freire (1989), ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinha, mas é em comunhão entre homens e mulheres que esse processo pode se estabelecer com todo o potencial transformador que ele é capaz de oxigenar nos sujeitos.

Em se tratando dos aspectos desmotivadores, a questão salarial é destacada, assim como as condições estruturais. Como a questão salarial já foi amplamente discutida no eixo que trata da desvalorização, nosso destaque é para as questões de natureza estrutural, que também se soma as questões referentes à desvalorização, destacada por Gatti (2007) quando se refere às condições de trabalho.

Sobre essas questões, os docentes médicos se manifestam da seguinte maneira:

[...] Isso meu caro deve ser a resposta da grande maioria dos professores, **é o aspecto financeiro o principal, sem dúvida**, pois financeiramente temos outras melhores opções. (P1).

[...] No caso do docente ligado a saúde, eu também **arrisco a falar dos aspectos estruturais, tanto em campo de prática como dentro dos laboratórios, bibliotecas, entre outros**. Afinal, temos que ensinar estes alunos a cuidar de vidas e isso exige uma estrutura tanto de recursos humanos como de recursos materiais e infelizmente a universidade deixa muita a desejar neste aspecto.(P1).

[...] **Sem dúvida e a falta de estrutura, não só dentro das universidades, como nos campos de prática**. O dinheiro não dá nem para comentar, não tem a menor condição de suprir metade do que enfrentamos no dia para desempenhar o papel de docente. (P2).

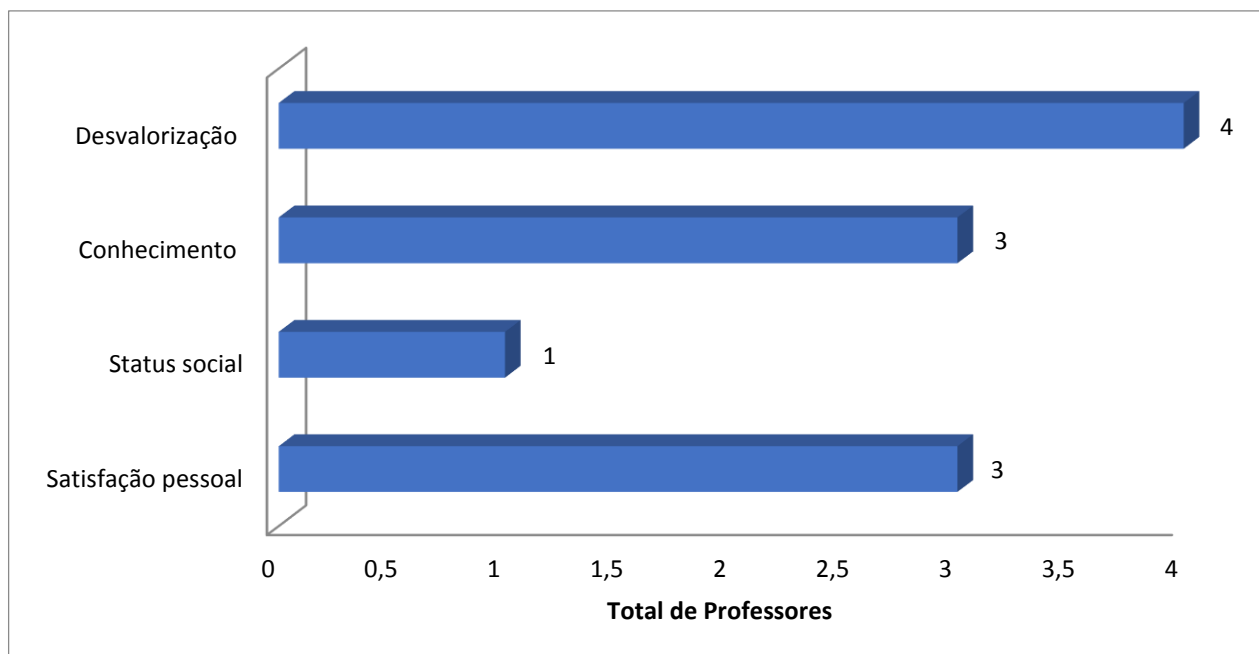
[...] O que deixa realmente desestimulado é o fato de **você querer desenvolver um bom trabalho, mas se sente prezo, porque não tem suporte para isso**, não tem material adequado, tanto dentro como fora das universidades. (P3).

Quando nos reportamos a pedagogia do acaso e a pedagogia *práxis* como as duas forças que operam no exercício da docência, evidentemente que outros condicionantes trafegam no interior desse processo. Se entendermos que ser professor exigem condições de trabalho como uma prerrogativa básica, portanto, indispensável, logo, a ausência dessas condições se mostra como complicadores que podem influenciar decisivamente no ritmo de redefinição da prática dos professores.

Dizemos ritmo de redefinição da prática, por entender que esses profissionais vivem um processo de ruptura de “velhos” modelos que não contribuem para atender a atual conjuntura no qual a prática de saúde deve ser desenvolvida.

O Gráfico 15 ilustra quantitativamente esses aspectos que operam na motivação e desmotivação dos docentes médicos pesquisados.

Gráfico 15 – Aspectos motivadores e desmotivadores da docência na área médica.



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3.9 Temática 9: Implicações da ausência/ presença da formação pedagógica do docente médico

Ao serem interrogados sobre as implicações da formação pedagógicas sobre o exercício da docência, é notória a expressividade de que há uma grande relevância da mesma para se desenvolver da prática do docente médico. Nesses termos, a prática é o ponto central sobre o qual foram canalizados os apontamentos dos professores sobre as implicações da ausência/presença da formação pedagógica.

Sobre essa questão os docentes médicos ressaltam que:

[...] **Tem importância sim a formação pedagógica, pois na medicina não somos preparados para dar aula**, ou seja, a gente aprende na marra, isso faz com que nem sempre bons médicos sejam bons professores. (P1).

[...] **A minha maneira de ensinar eu construí na prática, no erro e no acerto**. A carência de informações didáticas na minha formação me deixou muito na mão. (P2).

[...] **O fato de não ter tido formação pedagógica fez muita falta sim**, quando comecei a lecionar aqui na universidade. (P4).

[...] Com certeza me fez falta a formação pedagógica. **Precisei aprender com meus amigos mais próximos**, que me ajudaram a separar o que era importante pros alunos saberem. (P5).

[...] **A prática me mostrou a importância de ter conteúdo nessa área pedagógica**, pois existem muitas situações que eu, enquanto médico tenho dificuldade de resolver. (P6).

A análise da temática, em questão, assinala a forte presença dos saberes da experiência na prática docente em medicina, pois ao utilizarem frases, como: no erro e no acerto, e aprendendo na marra; fica claro que a formação docente acontece como um processo proporcionado pela prática profissional.

Dessa forma, entendemos que o conhecimento derivado da prática ou da experiência não é sistematizado e representa como os professores interpretam e direcionam sua prática docente cotidiana (TARDIF; LESSARD; LAHAYE, 2002).

Esse tipo de formação, de acordo com Venturelli (1997), não é considerado ideal, pois a improvisação é a melhor maneira de perpetuar as limitações de um método não considerado ideal, limitando a discussão e a reflexão sobre esta prática

e, ao mesmo tempo, restringe a possibilidade do enriquecimento teórico com leituras e ampliação da visão de mundo do docente, assim, o caráter prático do conhecimento, baseado na experiência, fica reduzido à esfera individual e pode não ser compartilhado.

Com a formação obtida por meio da experiência, os docentes de medicina estudados tendem a limitar seu campo de ação às suas aulas. A atividade docente, entretanto, requer a habilidade para problematizar as visões sobre a prática docente, tanto sobre o papel dos professores quanto sobre a função que cumpre a Educação Superior. Isso supõe que cada professor analise o sentido político, cultural e econômico que cumpre à escola médica, o modo em que se assimila a própria função, como se tem interiorizado os padrões ideológicos sobre os quais se sustenta a estrutura educativa.

Um segundo ponto observado é a pouca valorização dada pela instituição à formação pedagógica do docente de medicina. Isso pode ser atribuído ao desmerecimento da atividade de ensino nas universidades, onde os estímulos para a atuação e os critérios de progressão na carreira têm se fundamentado mais na produção científica que no exercício da docência (BATISTA; SOUZA, 1998; ABREU; MASETTO, 1997).

Esse ponto leva a se insistir na afirmação de que a formação pedagógica, reconhecida pelos pesquisados como extremamente relevante para o exercício da docência, necessita ser adotada como prioridade pelas escolas médicas. Por exemplo, com programas de formação continuada com exigência da participação dos professores. Assim da mesma forma em que se coloca como condição para ser docente que o médico possua Mestrado ou Doutorado em alguma área da ciência médica, também deve ser exigido que esse mesmo professor desenvolva sua formação pedagógica, participando de cursos competentes, nessa área, integrando teoria e prática.

Outra iniciativa pode ser a de incentivar, valorizar e criar oportunidades de acompanhamento a projetos inovadores na área do ensino da medicina que envolva equipes de docentes da mesma área, ou de áreas afins: equipes de docentes de disciplinas diferentes, mas que trabalhem com a mesma turma de alunos em um semestre e se proponham a planejar um curso de forma integrada.

Os docentes precisam sentir por parte da instituição que há apoio e interesse em que o curso de Graduação aperfeiçoe seu nível de qualidade por intermédio de

melhoria da qualidade de aprendizagem de seus futuros médicos. Precisam perceber que há colegas interessados em modificar suas aulas, tornando-as verdadeiros ambientes de aprendizagem para os estudantes, e que querem, juntamente com outros colegas, realizar a docência diferente e melhor do que aquela que vêm realizando.

Por essa razão, a formação docente precisa ser planejada, considerada nos orçamentos e priorizada no contexto da universidade. Devemos pensar num processo dinâmico e contínuo de formação, com caminhos que levem à elucidação de suas problemáticas, a fim de que os docentes de medicina possam transcender os limites que se inscrevem em seu trabalho e que superem a visão meramente técnica, onde os problemas se reduzem para cumprir as metas determinadas pela instituição, pois, além de atividades de rotina, da ordem da racionalidade técnica, o docente vive em um contexto de tomada de decisões, o que tem permitido caracterizá-lo como profissional reflexivo (BRASIL, 2002).

Assim, as reflexões no campo pedagógico que emergiram do grupo de professores estudados sobre a atuação docente trazem a certeza de que o processo coletivo deve ser contínuo para dar suporte ao desenvolvimento desses profissionais, que são agentes do aperfeiçoamento da formação médica e dos profissionais de saúde.

5.3.10 Temática 10: O significado de ser professor

A última temática de análise aponta quatro eixos que balizam a discussão, são eles: ser professor é ser sonhador; ser professor é ser transformador; ser professor é ser fascinado pelo conhecimento; e ser professor e ter aptidão. Em relação a esses elementos que estruturam a temática em questão, importa frisar que o significado de ser professor está relacionado a ser e a ter, como veremos a seguir.

- **No que tange a ser professor como sujeito sonhador**

[...] **Acho que ser professor é ser um pouco sonhador**, quer dizer, é querer melhorar a sociedade com o seu trabalho. (P5).

[...] Ser professor para mim é ser uma pessoa que batalha para a formação de outras pessoas, **é como ser um sonhador**. (P3).

A análise das referidas falas nos remetem a característica que estão fortemente atreladas à ideia de que a profissão docente para os entrevistados encontra-se nos patamares da divindade, do idealismo e da vocação, reforçando a ideia de que para poder ser professor é necessário nascer professor (SPRANGER, 1958).

Wanderley Codo (1999) faz um comparativo entre o professor e o sacerdote: diz que ambos têm seus ritos e sua vocação. No sentido amplo, têm vontade de promover algo em 'prol' do outro, de realizar-se na realização do sonho do outro, de ser continente. De forma mais direta, ambos ritualizam a construção de técnicas e programas. De modo mais profundo, doam-se cada vez mais e não medem esforços para que seus objetivos sejam alcançados.

Codo (1999) vai ainda além e sugere que ser professor implica um ato de constante criação e de transformação de pessoas e realidades, o que o leva a comparar a profissão docente a um ato divino:

[...] Um educador, quando consegue, com uma conversa ao pé do ouvido, transformar rebeldia em desafio, quando, através das letras consegue transformar vergonha em orgulho, impossibilidade em desafio, anomia em História, é efetivamente um deus, e pobre dele se não sentir-se como tal. [...] É um deus com pés de barro. (CODO, 1999, p. 368).

Porém, ser Deus com pés de barro não é uma tarefa fácil. Para realizá-la, o professor precisa enfrentar uma série de adversidades. Queixas sobre dificuldades na profissão já foram registradas no início do século XX por Anton Matthias (1903), que escreveu uma declaração pública para alertar as autoridades sobre as adversidades em sala de aula e sobre o heroísmo necessário para dominar desde o conteúdo até cada aluno individualmente.

Codo (1999, p. 368) igualmente percebe a realização do “ato divino” inserida numa realidade desalentadora, “[...] profissão de grandes sacrifícios e poucos reconhecimentos, de trabalho pesado, que se estende na maioria das vezes além das horas dedicadas à escola e de poucas recompensas atribuídas”, o que leva a um paradoxo entre a visão idealizada e a realidade concreta da profissão docente, pois, é muito comum, vê-se um professor desmotivado, que abandona a sua carreira, mostrando insatisfação pessoal e constante indisposição, o que leva a imagem de desconfiança sobre a qualidade e a competência da docência no exercício de sua função social.

Algumas pesquisas (NÓVOA, 1999; GONÇALVES, 1999) demonstram que o prestígio dos professores continua intacto e que a profissão docente é vista muito positivamente, principalmente se for comparada com outras profissões. Portanto, não lhe falta imagem, e sim profissionalidade, pois as sociedades continuam muito bem com a sóbria consciência de que o investimento na profissionalização da docência é indispensável para que ela realize a função (embora incerta) que se lhe reserva.

O docente de medicina acredita poder melhorar a realidade por meio do trabalho. Ele acredita nisso e investe na construção de um ideal. Ele toma voluntariamente uma série de medidas em busca de garantir a realização do seu “ato divino”, por acreditar em um sonho, por ter em mente que há uma possibilidade do professor de criar e de transformar seres humanos, o que pode levá-lo tanto a uma realização plena, como também a uma profunda frustração.

Essa relação do **ser professor como sujeito de transformação** pode ser evidenciada na fala de P5.

[...] Ser professor **é acreditar na transformação das pessoas** pelo conhecimento. (P5).

Esse ponto leva a compreensão de que o fato de ser docente na medicina revela uma característica comum com outros que têm como prática o ato ensinar algo a alguém, isto é, para ser professor é necessária uma ação que visa transformar outra pessoa.

No entanto, isso implica em transformar-se também, a ponto de mudar seu modo de ser e de agir, pois, de acordo com Freire (1989) o indivíduo é fruto de uma ação educativa, que permite a aquisição de um conhecimento capaz de agir no meio em que vive e, assim, impactar a sua realidade. Dessa forma, ser docente na medicina também é organizar situações, cujos resultados são as modificações dos sujeitos a quem intencionalmente se visa modificar.

Essas modificações resultam das múltiplas interações associadas a situações de ensino e aprendizagem, que levam a partilha de significados, portanto, ao modificar a realidade cognitiva do sujeito com que se interage, também há alterações nos nossos esquemas cognitivos no esforço de produzir sínteses que possibilitem comunicar as intenções.

No entanto, é necessário, de acordo com Freire (1996, p. 22), ter a compreensão que ensinar não exige apenas transferir conhecimento, e sim criar a

possibilidade para a sua produção ou sua construção e, mesmo que o educando seja subordinado a essa prática “bancária”, é possível estimular sua curiosidade e capacidade de raciocinar e criar novas soluções.

A experiência já comprovou que essa estratégia de ensino somente será relativamente eficaz se o professor mudar as suas concepções de autoritarismo e se o aluno aceitar a condição de criador nas ações de aprendizado. As transformações no ensino só se efetivarão se o professor ampliar seus conhecimentos sobre a própria prática, o que pressupõe aproximação com teóricos e críticos para perceber e aprender a realidade que experimentam do cotidiano no ensino e que, para saber ensinar, não basta experiência e os conhecimentos específicos da medicina, mas se fazem necessários os saberes pedagógicos e didáticos (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002)

Dessa forma é necessário que haja uma profissionalização no campo da docência, pois é preciso que esse processo de construção seja acompanhado de uma qualificação com um ganho progressivo de autonomia e emancipação para o trabalho descentralizado, observando as estratégias genéricas de profissionalização em serviço, como sugere Perrenoud (2002)

Assim, as reformas no ensino trazem dois desafios para o professor de medicina, segundo Perrenoud et al(2002, p. 89): “[...] Reinventar sua escola, enquanto local de trabalho e reinventar a si próprio enquanto pessoas e membros de uma profissão”, pois a compreensão da necessidade de um preparo didático-pedagógico torna-se importante no ensino médico, uma vez que, atualmente, não é suficiente ser um médico exemplar, pois, hoje, requer preparo acadêmico condizente com as propostas atuais de domínios ligados à pedagogia e à didática, para que seja de fato possível atuar como agente transformador por intermédio da sua prática docente.

No meio desse processo de desenvolvimento profissional, de adaptação ou, muitas vezes, de resistências as novas tendências de ensino, e em condições contraditórias, tanto de modo individual, na construção das próprias representações sobre o ser professor, quanto de modo coletivo, na construção de uma imagem de classe social, os docentes de medicina destacam o ato de **ser professor como resultante do fascínio pelo conhecimento**, como pode ser identificado nas falas de P6 e P1:

[...] **Olha pra mim ser professor é ser fascinado pelo conhecimento**, pela ciência, pela informação. (P6).

[...] **Ser professor é ser um entusiasta da educação**. Alguém que se sente bem quando transmite conhecimento a outra pessoa. (P1).

Nesse cenário, é esperado que, além da transmissão de conhecimentos, a docência médica procure desenvolver as capacidades de reflexão, de crítica, de interpretação dos significados das transformações e de aprendizagem ao longo da vida.

Por isso, esse docente deve ter o compromisso de ir muito além da mecânica de transmissão de conteúdo disciplinar, do repasse da informação, esperando 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; de modo que essa educação de qualidade, no mínimo, possibilite que todos aprendam, em tempos e modos adequados, tudo aquilo que necessitam conhecer para uma vida digna e socialmente construtiva (SOBRINHO DIAS, 2009).

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 à 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.

Essa necessidade de ampliação do conhecimento, de configuração e reconfiguração da prática de ensinar, pautadas na análise crítica e reflexiva do ensino e aprendizagem se contrapõe a fala do P4, que referencia **a aptidão como característica marcante do professor**, associando novamente à docência médica à ideia de vocação.

[...] **Para mim, ser professor é ter uma aptidão para ensinar**, não é uma coisa pra qualquer um, é como uma espécie de dom (P4).

A ideia de vocação para o magistério não seria tão somente um resquício de uma visão religiosa que ainda perdura no imaginário social e na autoimagem (ARROYO, 2000). Antes, essa ideia poderia estar presente no próprio conceito de profissão, de professor, de profecia. E dessa imagem resultaria certo descrédito, uma dificuldade de se conquistar o profissionalismo e uma valorização compensada também financeiramente na docência, pois, as áreas se ocupam da profissionalização de suas funções e de suas conseqüentes atribuições como profissionais, como a exemplo do médico, que vem mantendo por décadas quase de forma intacta o seu *status* profissional, mesmo não sendo mais requisitado pela sociedade do que professores e pedagogos.

Dessa forma, professores continuam como semiprofissionais, respondendo às demandas e às necessidades de outras áreas, responsáveis pela educação e formação de outros profissionais, sem a autoridade de definirem a sua própria esfera de ação e os parâmetros que lhe confirmam a profissionalidade que, segundo Sacristan (1999), representa a afirmação do que é específico na ação docente, isto é, o conjunto de comportamentos, conhecimentos, destrezas, atitudes e valores que constituem a especificidade de ser professor.

Se magistério fosse vocação, em sentido restrito, viria atrelado ao sentido de vida do sujeito, algo como destino, porém, em algumas pesquisas sobre a escolha profissional de professores, encontraram fatores de ordem material e de ordem estritamente profissional que concorrem para a escolha do ensino como profissão, os quais dependem de condições individuais e circunstanciais.

Em sua pesquisa, José Alberto Mário Gonçalves (1999) relativiza a questão da vocação. Ele percebe que apenas alguns professores alegam como motivo da escolha profissional estarem vocacionados, outros afirmam serem professores para a satisfação do seu ego e, ainda, muitos se veem compelidos a aceitar essa oportunidade no bojo das restrições do mercado de trabalho.

A sua pesquisa revela que há professores, principalmente professoras, que optam pelo magistério ou por gostarem de criança, ou até mesmo por falta de opção. A “vocação”, portanto, não é subjetiva, mas depende da construção de um imaginário pessoal e principalmente social sobre a profissão docente. A escolha por

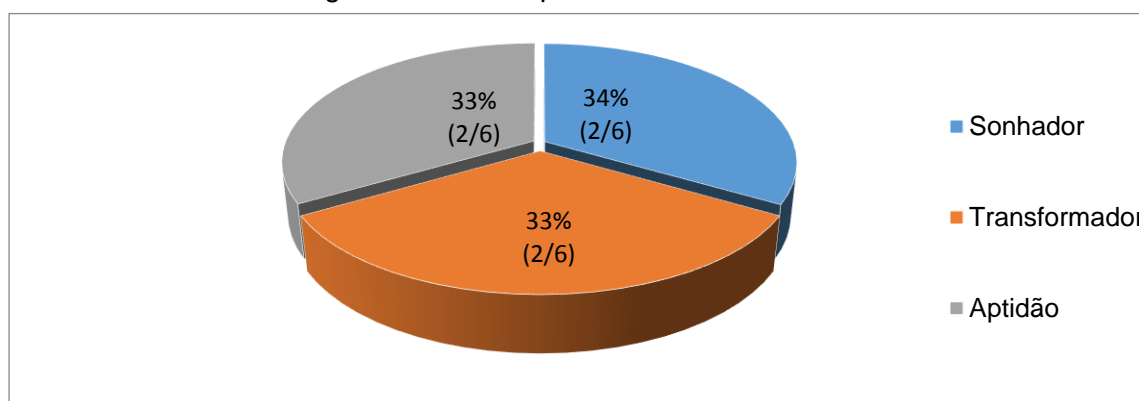
ser professor é uma construção e não pode ser encarada apenas como uma vocação individual numa progressão linear e sucessiva.

A profissão docente certamente também não é uma profissão que se escolha sumariamente por motivos econômicos, mas antes como **profissão de vida**. Ela tem diferentes gêneses e passa por diferenciadas formas de desenvolvimento, que podem ser idênticas a outras profissões, desvinculadas do *status* de cuidado (SCHWÄNKE, 1988).

Em pesquisa recente (LENGERT, 2011), os professores revelaram ter tomado a decisão de serem professores em diferentes momentos e estágios de sua vida, além de mencionarem diferentes causas. Apenas 16 % escolhem a sua profissão por falta de opção. Os motivos variam desde identificações pessoais com a profissão até casualidades, o que entra de acordo com o encontrado na referida pesquisa, pois observamos que os participantes entraram no campo da docência ao acaso e isso nos leva a refutar novamente essa relação com a vocação.

Nesse contexto, percebemos que as unidades de sentidos, enfatizadas pelos entrevistados, foram citadas de maneira equivalente, não sendo observado como demonstra o Gráfico 16 a predominância de ideias.

Gráfico 16 – Significado de ser professor.



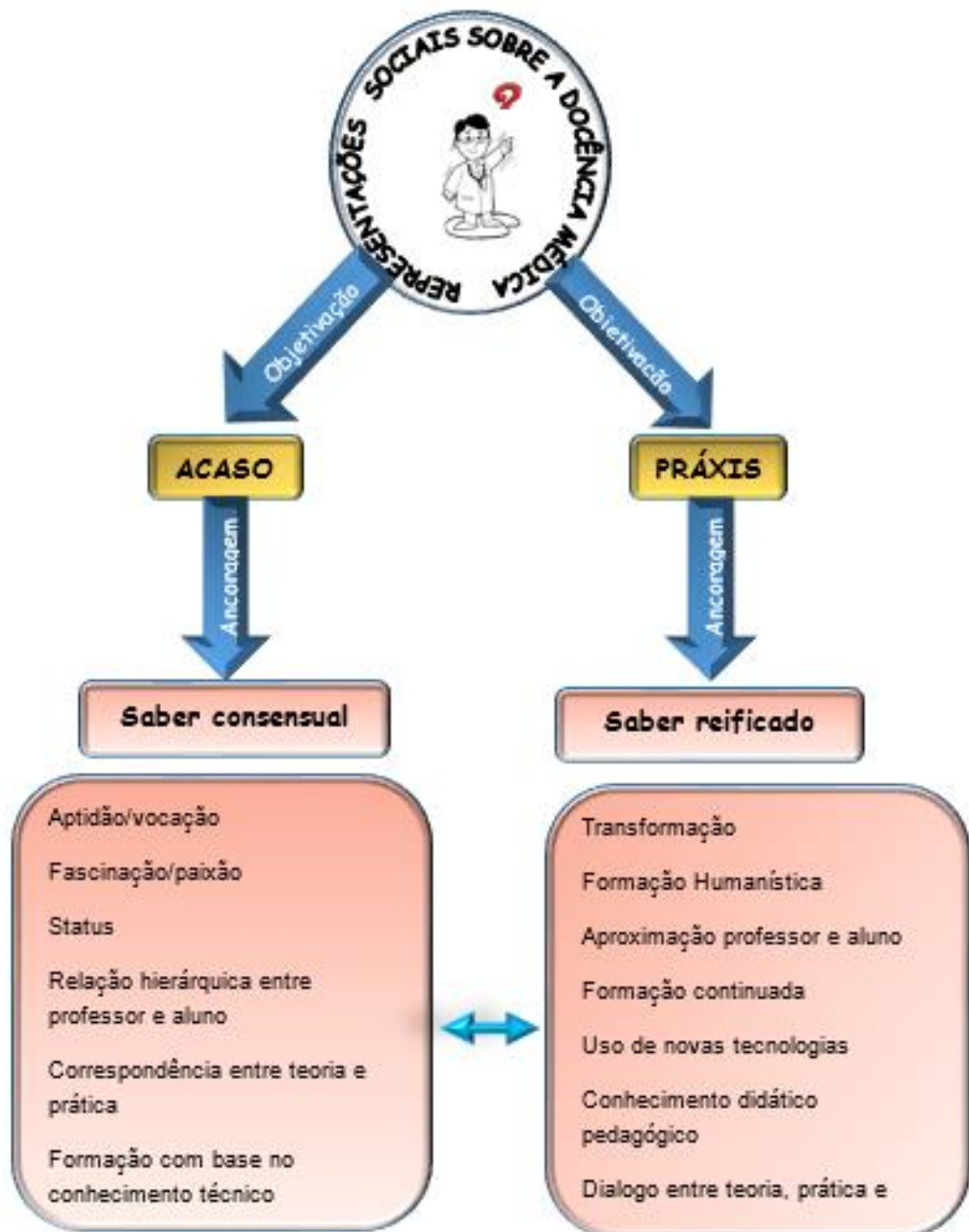
Fonte: Elaborado pelo autor.

Todas as temáticas de análise, aqui apresentadas, apontam para um discurso e uma prática docente, pautada em uma lógica que oscila entre o componente identitário médico, configurado sob a égide do conhecimento técnico científico e procedimental somado ao simbolismo da vocação, paixão etc. e o componente sócio-cultural e humanista, forjado a partir das experiências de vida e

profissionais prévias, somado as concepções de saúde, presentes no interior do campo da medicina social e saúde pública.

Esses aspectos, a nosso ver são responsáveis pela organização e estruturação das Representações Sociais que esses professores médicos constroem sobre a docência, apresentando como característica um caráter processual e um movimento que vai de práticas essencialmente racionais e técnicas, para práticas de cunho reflexivo e crítico. Esse sentido processual e *continuum* das RS está representado no Fluxograma 2 a seguir.

Fluxograma 2 – Representações sociais



Fonte: elaborado pelo autor.

É possível identificar no fluxograma ora apresentado, que as Representações Sociais dos professores médicos participantes deste estudo, são marcadas por um caráter processual, contínuo e em movimento⁴¹, sendo formadas por duas grandes forças de objetivação: o saber consensual e o saber reificado.

O primeiro é representado pelas experiências de vida e profissionais dos sujeitos em seu grupo de pertença, somado a racionalidade técnica e científica da profissão médica, estando ancorado nos aspectos ligados: a aptidão, a fascinação, a paixão, a vocação, o *status*, a relação hierárquica entre professor e aluno, a correspondência entre teoria e prática e formação com base no conhecimento técnico procedimental. Todos esses aspectos que ancoram o saber consensual nos remetem a pensar no ingresso da carreira docente, por esses sujeitos, de forma inesperada e pontual, ou seja, ocorrido ao acaso.

A segunda força de objetivação corresponde ao saber, dito reificado, ou seja, ao conhecimento reconfigurado e consubstanciado em torno de um paradigma crítico-reflexivo, onde se ancoram aspectos ligados à transformação, a formação humanista, a aproximação entre professor e aluno, a formação continuada, o uso de novas tecnologias, o conhecimento didático pedagógico e o diálogo entre teoria, prática e pesquisa. Esses elementos que ancoram as objetivações do saber reificado podem ser posicionados no interior de uma prática docente que valoriza os aspectos históricos e culturais dos indivíduos, exercendo um movimento teórico-prático e dinâmico de transformação social, sendo conhecido como *práxis*.

Por entendermos que o conhecimento reificado relacionado à *práxis* representa no interior da medicina, em relação ao conhecimento técnico-procedimental, uma construção simbólica com menor força representacional, sua condição requer maiores esforços para que não só a medicina voltada para a saúde pública se sustente em uma perspectiva humanística de saúde.

A nossa compreensão em relação ao potencial do currículo da medicina para o exercício da docência, pautado na pedagogia da *práxis*, está alicerçado na ideia

⁴¹ De acordo com a abordagem processual das representações sociais, dado o seu caráter dinâmico em função dos ininterruptos processos de comunicação entre os sujeitos, os grupos, os contextos e os saberes do universo consensual e reificados, não é possível esperar que as representações sociais se mantenham invioláveis frente à carga de processos interativos que sofrem. Até mesmo as representações hegemônicas tendem a sofrer impacto ao longo do processo histórico dos grupos. Podemos tomar, como exemplo, o caso da AIDS que por muitas décadas foi socialmente representado como morte, mas que os últimos estudos apontam para outros elementos figurativos que assumem essa patologia como uma doença crônica.

de que assim como para a educação, também para a saúde o ponto de partida e de chegada é o sujeito, e não a aprendizagem ou a doença, respectivamente.

As temáticas teóricas referentes à formação profissional médica, a formação profissional docente e a configuração de uma prática docente no interior do curso de medicina da UFPA, pautada na *práxis*, se entrelaçam, neste estudo, e fazem diálogo direto com a Teoria das Representações Sociais, haja vista que o caráter interdisciplinar e dialógico dessa teoria permite a comunicação com outros campos do conhecimento que, por sua vez, contribuem para o fortalecimento e potencialização dos estudos em Representações Sociais (MOSCOVICI, 2001; JODELET, 2001)

Essas prerrogativas permitem dizer que as Representações Sociais são capazes de estabelecer conexões e interrelações com diversos conceitos, áreas e temas, oriundos de diversos campos teóricos constitutivos de uma realidade empírica, que carece de desvelamento (SALLA,2002).

Dessa forma a busca pela compreensão da formação de professores médicos por meio das Representações Sociais será tomada como foco nesta sessão a partir da lógica existente entre **o exercício da prática médica e o acaso presente no início da prática docente; o exercício da prática docente enlaçado pela *práxis* pedagógica e o exercício da prática médica.**

- **O exercício da prática médica e o acaso presente no início da prática docente: notas sobre formação**

As rápidas transformações pelas quais vem passando a sociedade como um todo e o campo da ciência, em particular, demonstram a substituição do chamado “pensamento moderno” por uma lógica pós-moderna, que possui repercussões em todas as áreas a exemplo da saúde, esse fato caracteriza o chamado “pensamento científico” e a construção do conhecimento na atualidade⁴².

Carvalho (1994) destaca que, mesmo de forma imprecisa, é definido como pós-moderno o discurso ou pensamento que emerge e, ao mesmo tempo, trata das transformações ocorridas na racionalidade científica, sendo responsável pela perda

⁴² Sobre essas questões buscar Bauman (2003) com o debate sobre a sociedade líquida; ver também Harvey (2010) com o debate sobre a condição pós-moderna; Moscovici (2011) apresentando a invenção da sociedade e seus entrelaces entre a sociologia e a psicologia.

da eficácia do discurso científico, a partir da emergência de novas racionalidades e da legitimação de outras formas de conhecimento.

Harvey (2010, p. 8) defende a tese de que essas mudanças, apontadas pela autora supracitada, ocorrem tanto nas práticas culturais quanto na dimensão política e econômica da sociedade moderna, marcada, sobretudo, de acordo com o referido autor, a partir da década de 1972. Segundo ele, essas mudanças estão vinculadas “[...] a emergência de novas maneiras dominantes pelas quais experimentamos o tempo e espaço”.

No campo da saúde, esses eventos podem ser claramente observados, uma vez que a sua constituição teórica e as suas práticas estão sendo objeto de reflexões permanentes por parte dos seus interlocutores. Diversos autores da atualidade apontam como marco inicial da pós-modernidade no campo da saúde, o final da década de 70, com a frustrada campanha mundial de erradicação da malária, evento responsável pelo desvelamento da falência tecnológica mundial diante de problemas de saúde com forte determinação social e pela desconstrução da ideia de que a ciência seria capaz de efetivamente controlar a natureza e vencer todas as doenças (GARRETT, 1995; SANTOS, 1994; MORICONI, 1994).

Para Oliveira (2000, p 12), esses acontecimentos detêm em si uma enorme responsabilidade uma vez que:

[...] Começam a se desenhar, a partir daí, os impasses impostos por este novo quadro de significações para o campo da saúde, na medida em que a superação de antigas dicotomias passa a se colocar como fundamental para a constituição de um novo paradigma sanitário. Diversos são os desafios colocados, no entanto o primeiro deles é a especificação do caráter social da saúde pública, que responda ao mesmo tempo à determinação macro-social de estruturas e processos e sua especificação no cotidiano dos sujeitos sociais.

Nesse sentido, tem início no campo da saúde um movimento de superação das abordagens teóricas de caráter prescritivo e normativo contra as desigualdades sociais, com a opção de assumir abordagens que apresentem um caráter interdisciplinar em seu conteúdo e uma dinâmica intersetorial em sua ação, necessitando de recursos cognitivos e materiais dos sujeitos envolvidos na sua aplicação (CARVALHO, 1994).

Essas mudanças paradigmáticas, nesse momento histórico, desencadeiam questionamentos e reflexões teóricas relacionadas à modernidade, abrindo espaço

para concepções subjetivas do sujeito, permitindo, assim, que a teoria das Representações Sociais encontre espaço fecundo de desenvolvimento no campo da saúde, sobretudo a partir da abordagem processual que baliza a compreensão da significação e ressignificação dos fenômenos sociais e da produção de existências fluidas que explicam a incompletude do sujeito e a busca do equilíbrio entre a racionalidade e a subjetividade que, aos nossos olhos, tem oxigenado os estudos a partir da Teoria das Representações Sociais.

Ao longo do tempo, diversas formas de pensamento e estruturação da saúde foram desenvolvidas e idealizadas, sendo esses modelos responsáveis pela organização técnica, científica e social da área. Esses modelos teóricos de explicação e intervenção da realidade foram responsáveis pelo surgimento de dicotomias que acompanharam a própria constituição histórica da saúde (OLIVEIRA, 2004).

Esta autora, ao se referir as formas diferenciais sobre cada modelo de pensamento constituído no campo da saúde, identifica pelo menos três padrões principais de pensamento, que foram constituídos ao longo do tempo e coexistem até o momento atual, que estão diretamente relacionados a história política, social e econômica do Brasil.

O primeiro refere-se à saúde pública tradicional, caracterizada por um modelo teórico clínico, biomédico e tecno-centrado, nascido sob a égide do pensamento positivista apoiado na objetividade científica dos modelos de explicação do processo saúde-doença, caracterizado principalmente pela relação de uni ou multi causalidade, corporificado no modelo teórico da "história natural das doenças" (OLIVEIRA, 2004).

O destaque para esse modelo implica também em perceber também outras práticas profissionais, a exemplo do exercício da docência, também orientadas pelo positivismo, implicando dizer que o positivismo representou para um tempo histórico da sociedade a referência para a organização e o trato da condição do sujeito na sociedade. Por esse modelo, observamos alunos vivendo a condição de subserviência, de folha em branco; vimos também pacientes perderem a autonomia do seu próprio corpo, das vontades e possíveis percepções da sua condição de adoecimento.

Embora existam outras forças que surgiram com a intenção de contestar o positivismo, ainda, assim, não são raros os casos nos quais a técnica se sobrepõe

ao sujeito, a racionalidade suplanta a subjetividade e as intervenções desconsideram as outras dimensões da vida humana.

O segundo modelo é caracterizado pela saúde pública social, marcada pela vertente estruturalista histórica sobre o pensamento biomédico e pela constituição das bases da epidemiologia social. Representa o primeiro momento de incorporação do aspecto social no interior do pensamento sanitário, ou seja, o primeiro momento de contraposição ao positivismo, marcada, inicialmente, como variável interveniente nos riscos de agravos à saúde das pessoas, depois sendo incorporado ao modelo de explicação do processo saúde-enfermidade (SANTOS, 1994).

Para Carvalho (1994, p. 33), a entrada desse componente social, a despeito de enriquecer o modelo explicativo, alterou pouco sua positividade, pois, de acordo com esta autor:

[...] A realidade, embora constituída e conformada com a interveniência do social, permaneceu como um molde objetivo, em um modelo onde as pessoas e coletividades estariam submetidas a riscos externos a elas. A subjetividade admitida nesse modelo explicativo é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos. Desta forma, a participação dos sujeitos e sua parcela de autonomia na definição das práticas cotidianas de saúde ficaram anuladas.

Moscovici (1978, 1979, 2011) contribui com essa discussão quando, por meio de seu construto teórico, revela justamente a indissociabilidade entre indivíduo e a coletividade e lança pistas acerca da processualidade produzida nessa relação do sujeito com seus grupos de pertencimento.

As explicações do referido autor contribuem para que nosso entendimento sobre esse modelo se pautem na ideia de que qualquer força que surja com a intenção de se sobrepor a outra já existente, o fará com as limitações que são próprias do movimento de significação da realidade. Em outras palavras, as limitações desse modelo representam a sua própria condição de inacabamento, condição esta presente em qualquer produção racional.

Outro modelo que vai marcar um papel crucial para a oposição ao positivismo e à objetividade imperantes, conformando novas bases para o paradigma emergente, pode ser denominada de saúde pública subjetiva, de vocação anti-positivista e que vai marcar um terceiro padrão de relação "objetivo-subjetivo" (CARVALHO, 1994).

Esse padrão se constitui como a marca privilegiada dos estudos sobre as Representações Sociais e, talvez, seja essa a grande contribuição para a compreensão de fenômenos psicossociais e possíveis proposições para a redefinição das práticas que produzem certa realidade, na medida em que a saúde é destituída de objetividade e procura mostrar de que maneira a medicina se origina no social e produz o social por meio da construção de “categorias cognitivas socialmente dadas, as quais manipulam” (GILES, 1987)

É nesse modelo que as bases do "construcionismo" na saúde se sustentam e que marca o descontentamento com o modelo biomédico e o ingresso da psicologia social no campo médico, por meio da Teoria das Representações Sociais, com as limitações que são próprias de qualquer proposição que se queira apta para tratar da relação objetividade/ subjetividade, na medida em que se colocam como polos opostos em relação aos ditames da saúde pública clássica.

De acordo com Oliveira (2010, p.5):

[...] Se no positivismo a realidade social e o universo individual existem como formas legítimas de saber, no estruturalismo histórico a subjetividade é moldada e aprisionada na estrutura da sociedade, e na abordagem construtivista ou relativista, a subjetividade é soberana e construtora do objeto.

Esses apontamentos reforçam a compreensão em torno dos limites epistêmicos produzidos a partir das polarizações que, embora com intenções de redefinição das práticas sociais, ao desconhecem o caráter aditivo das produções científicas que servem de base para a compreensão da realidade, minimizam a sua própria condição existencial.

Para Oliveira (2010, p. 51), “[...] a complexidade do quadro sanitário brasileiro emergente situa-se muito além das possibilidades explicativas de qualquer dos três padrões mencionados”.

Na esteira dessa discussão, a Teoria das Representações Sociais assume a função "cunhadora" de outras explicações em torno do fenômeno saúde/ doença e “[...] questiona a clássica causalidade atribuída aos "fatores externos", ao mesmo tempo em que se opõe à afirmação da ciência como única forma de saber válida, recuperando para a cena acadêmica o saber do senso comum” (OLIVEIRA, 2004, p.51).

Por meio da TRS que se corporifica no interior das ciências sociais, especialmente a psicologia social de cunho sociológico foi possível recuperar o social numa tríplice dimensão, segundo Oliveira (2010, p. 52), que:

- Possibilita uma melhor especificação da subjetividade implicada na saúde sem, no entanto, opô-la à objetividade característica do desenvolvimento do campo e do objeto.
- Concebe a relação coletivo-individual como uma relação dialética, onde a individualidade não pode ser pensada sem a sua contrapartida no social.
- Possibilita pensar a saúde como objeto holístico, a partir do reconhecimento de uma forma de conhecimento natural, entidade teórica com o mesmo "status" social do conhecimento científico caracterizada pelo conhecimento do senso comum.

Mediante aos inúmeros dilemas que envolvem o processo saúde/doença, urge a necessidade de um novo paradigma para a saúde que sustenta as práticas e da docência médica, capazes de superar as dicotomias apontadas. As práticas se constituem em última instância, onde a saúde/ doente é o fenômeno que produz certa realidade e a docência por se configurar como a fase intermediária do processo de assistência em saúde. É pela docência que as práticas médicas assumem o paradigma, ou seja, os modelos de orientação da atuação profissional.

Se a docência é uma prática, a Teoria das Representações Sociais funciona como vetor de explicação dessa prática, na medida em que apresenta os elementos que auxiliam na explicação das bases que produzem sentido e significam a ação humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos a escritura desta tese acreditando em um mistério, em médicos e pacientes, em um arrimo, em uma maleta preta, em poções mágicas, na presença, na esperança e força e em habilidade profissional. Por meio dessas significações, produzidas no campo da medicina, e aos contributos da educação e da teoria das Representações Sociais foi possível tecer uma estrutura de sentidos atribuídos a docência médica. Esses sentidos construídos ora em conformidade com o que se tem estabelecido em termos de formação universitária, ora contraposto a essas questões elucidam uma compreensão entorno da docência médica que visibiliza as permanências e ressignificações produzidas no grupo de pertença estudado sobre a docência médica.

São vários os desafios a serem enfrentados por aqueles que se fascinam e se aventuram pela educação no campo da medicina em suas mais variadas vertentes e formas. No que diz respeito à docência médica, acreditamos que o percurso até aqui trilhado, mais do que a síntese de um estudo acadêmico, representa, acima de tudo, um elo entre dois mundos: a saúde e a educação, mediadas pelo concreto e o abstrato, pelo real e o simbólico, pelo eu e o outro, pelo nós e, principalmente, pelas imagens e os sentidos elaborados em grupos e ressignificados coletivamente.

Nessa confluência do ensinar e do aprender, do tratar e do cuidar, muito temos a compartilhar, a partir das mais variadas histórias de vida profissional, construídas e experienciadas sobre o conhecimento reificado no universo do senso comum. Esse caráter subjetivo da constituição humana, tão dependente de forças políticas, sociais, históricas e culturais, nos faz chegar ao final dessa caminhada, ainda com diversos questionamentos sobre a docência médica e a sua relação com a formação médica e o ensino da medicina. Porém, no atual estágio que encerramos esta produção doutoral, alguns achados para nós tornaram-se pertinentes para a construção de possíveis explicações sobre esses questionamentos e merecedores de nossa atenção e divulgação.

Para tanto, retornaremos ao problema norteador deste estudo, qual seja: **quais as Representações Sociais de professores médicos do curso de medicina da UFPA sobre a docência médica e as suas implicações para a sua prática profissional?**

Acreditamos que a tese que responde a esse problema diz respeito a representações construídas a partir das experiências individuais no campo profissional médico e pessoal, a partir de um paradigma técnico-procedimental, somadas a vivência da docência na academia e na experiência dual de trocas existentes entre quem ensina e quem aprende. Merece destaque o fato de que o ingresso no campo docente, desses profissionais médicos que compõem o quadro de professores efetivos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA), ocorreu de forma casual e inesperada, não se posicionando em primeira instância como opção profissional e de vida.

A partir do ingresso desses profissionais médicos no exercício da docência, temos um conjunto de representações que demarcam a transição de uma prática pedagógica marcada pelo acaso, para uma prática pedagógica embasada pela partilha de conhecimentos, histórias de vida e experiências, o que nos parece ser capaz de gerar representações sobre a docência médica no âmbito de um paradigma crítico-reflexivo e transformador, ou seja, uma pedagogia da *práxis* quando se empodera de condicionantes médicos, oriundos do campo das chamadas humanidades e ciências sociais.

Esses condicionantes são observados no interior das disciplinas que compõem a área conhecida como saúde pública, em seus diferentes ramos no campo médico, a exemplo da medicina social, medicina de família e comunidade, saúde coletiva etc. e podem ser percebidos como um conjunto de forças em processo de construção, capazes de se contrapor a um perfil docente na área médica, de caráter tradicional, embasado pela racionalidade técnica e essencialmente estática. Para tanto, esse novo olhar sobre práticas médicas, historicamente constituídas no campo do ensino e da assistência em saúde, necessita superar desafios de ordem social, histórica e cultural no interior do ensino médico.

Superar, sobretudo, a pedagogia do acaso, antes marcada pelo caráter bancário, tradicional e mantenedor do *status quo*, que marca a desigualdade de classe nas sociedades capitalistas, para uma prática social transformadora, ou seja, em direção a uma pedagogia da *práxis* e, como toda *práxis*, despida de engessamentos e, portanto, constituída de um caráter processual, dinâmico e ininterrupto.

Para que pudéssemos chegar a essas respostas, retomamos os objetivos deste estudo a partir do *corpus* de análise, construído com base nos discursos escritos, produzidos pelos professores médicos. Identificamos que, em relação ao primeiro objetivo (perfil), são docentes médicos formados por variadas experiências no campo médico, porém com uma ínfima formação no campo educacional.

A ausência de conhecimentos didático-pedagógicos, não pode ser substituída, apenas, pela experiência dos docentes, há que se valorizar e garantir o acervo teórico cientificamente estruturado e que se ocupa da educação. Ainda, em relação aos professores médicos estudados, podemos dizer que são profissionais que já atuam na docência com uma média de dez anos, significando que estes já acumulam sentidos e significados sobre a docência, alicerçados em saberes reificados que se hospedam no interior das disciplinas que compõem a área da saúde pública.

No que diz respeito ao nosso segundo objetivo (concepção de docência médica construída pelos professores), foi possível identificar por meio da teoria das Representações Sociais que a concepção de docência, construída pelos professores, se posiciona em torno de dois saberes: o consensual e o reificado, ambos, apresentam elementos particulares de imagens e sentidos, presentes no interior do grupo de pertença dos professores médicos.

Esses elementos simbólicos, organizadores e produtores de práticas, evidenciam um movimento que partiu de uma pedagogia construída ao acaso, em direção a uma pedagogia da *práxis*. Ao nosso entender, esse processo de resignificação ainda se encontra em andamento, atuando como uma força contra hegemônica no interior do ensino médico, se contrapondo a padrões didático-pedagógicos, alicerçados no cientificismo médico.

Nosso terceiro objetivo (implicações dessas representações para a prática profissional médica) nos permitiu vislumbrar um perfil profissional pautado em uma formação técnica e biológica, porém atravessado por contextos socioeducacional-cultural variados, provocando uma resignificação de médicos que se tornaram professores e de homens que sem saber que eram professores trouxeram e trazem para o interior da medicina um perfil didático e pedagógico, mobilizado por um substrato epistêmico que reconhece na formação acadêmica não só a instrumentalização técnico-procedimental, mas também o empoderamento do profissional para refletir sobre a realidade histórico-política e sócio-cultural em que a

profissão docente médica se desenvolve e a partir daí promove rupturas no que se coloca na contramão da dignidade humana e da cidadania.

Essas reflexões nos parecem apontar para a necessidade de profissionalização e consolidação da docência médica em seus anos iniciais, atrelando o conhecimento didático-pedagógico a realidade social e técnica da profissão médica, a fim de que se possa gradativamente qualificar, em um futuro próximo, o corpo docente de medicina a partir de uma lógica educacional, técnica, crítica e, acima de tudo, reflexiva.

Essa lógica crítica, reflexiva e transformadora, implica em reconhecer um conjunto estruturado de “verdades” construídas em grupo e ressignificadas individualmente, estabelecendo modos de agir na estrutura social da qual o fazemos parte. No caso dos docentes médicos, o movimento de significação e ressignificação aponta para o encontro com uma força mobilizadora construída no interior do próprio curso de medicina, as disciplinas pertencentes ao campo da saúde pública, em suas diferentes vertentes, medicina social, medicina de família, saúde coletiva etc.

O campo da saúde pública, para nós, representa o eixo gerador do processo de ressignificação docente no interior da academia, a partir do encontro desses conhecimentos com as relações socioafetivas, histórico-culturais e didático-pedagógicas que se estabelecem ao longo do curso de Graduação.

Dessa forma, acreditamos ser possível pensar em uma prática docente embasada pela *práxis* no interior do curso de medicina, a partir de elementos mobilizadores de mudanças, ao se considerar o corpo docente como o alicerce fundamental sobre o qual devem ser instituídas as bases das mudanças necessárias à formação de profissionais da área médica.

Nosso posicionamento sobre esse aspecto é de que a prática pedagógica no interior do curso de Graduação em medicina se constitui como um tema relevante, não apenas por favorecer a qualificação docente, mas também por dotar os profissionais médicos de conteúdos e habilidades, oriundas das humanidades, que contribuem para o processo ensino-aprendizagem durante o período de formação médica no interior da academia, além de favorecer a melhoria da chamada relação médico-paciente no âmbito da atividade profissional de médico.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. C. T. A. MASETTO, M. O professor universitário em aula: prática e princípios teóricos. São Paulo: MG Editores Associados, 1997.
- ALMEIDA, M. E. B. de. Gestão de tecnologias, mídias e recursos na escola: o Compartilhar de significados. Em aberto, Brasília, c. 22, n. 79, p. 75-89, jan. 2009.
- ALMEIDA, M. E. B. Currículo, tecnologia e cultura digital: espaços e tempos de web currículo. Revista e-curriculum, São Paulo, v. 7, n. 1, abril. 2011.
- ALMEIDA, M. et al (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999. 2 v.
- ANASTASIOU, L. G. R **Profissionalização continuada do docente da educação superior: um estudo de caso.** 2002 In: <http://www.anped.org.br/24/T0411074040023.htm>. Acessado em 30 de maio de 2015
- ARANHA, M. L. **História da educação.** São Paulo: Moderna, 1996.
- ARDIGÒ, A. **Corso di Sociologia Sanitaria I ScuoladiSpecializzazione in Sociologia Sanitaria.** Bologna: Universitàdi Bologna. 1995
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 1, n. 117, p.127-147, nov. 2002.
- ATKINSON, G. AND HAMILTON, K. , Sustainable Development and Flows of Assets In International Trade, CSERGE Working Paper GEC, 1992 96-16, Centre for Social and Economic Research on the Global Environment, University College London and University of East Anglia
- BAPTISTA, C. M. M.; SPECIALI, J. G. Cefaléia no Antigo Egito. **Migrêneascefaléias**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 53-55, abr./mai./jun. 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.
- BATISTA, A. N.; BATISTA, H. S. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências.** São Paulo: Senac, 2004.
- BATISTA N., BATISTA S.H. Projeto Cinaem. Docência médica profissionalizada. Relatório de Consultoria. Rio de Janeiro: Cinaem; 1994.13p
- BATISTA N., BATISTA S.H. **A docência em saúde: desafios e perspectivas.** In: **Batista N., BatistaS.H . Docência em saúde: temas e experiências.** São Paulo (SP): Senac; 2007. p.17-31
- BATISTA, C. A. M. **Inclusão: construção na diversidade.** Belo Horizonte: Armazém de Idéias, 2004.

BATISTA N., BATISTA S.H. Desenvolvimento docente em medicina: a prática como elemento estruturante. In: BATISTA N., BATISTA S. H., ABDALLA, Y.G, org. Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência; 2005. p. 303-16.

BATISTA NA, SOUZA SH. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. RevBrasEducMed 1998; 22:31-6.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 47-51.

BEAUCHAMP T, CHILDRESS J. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Características da investigação qualitativa. In:_____; _____. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. p. 47-51.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. BB . “O novo rosto do Banco do Brasil”. 22 out. Brasília: Banco do Brasil], 1990

BRANDÃO, C. R. **O que é educação?**2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. CONFERÊNCIA REGIONAL DE MINISTROS DE EDUCAÇÃO, 1996

BRASIL.Ministério da Educação. Secretaria da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEB, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica-SIAB**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica-SIAB**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas**. 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/depart/cgprh/projetos/promed/programa.html>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde**. 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes//trajetoriacursosareasauade.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. rev. atual. após a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. após a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CALDER, R. **O homem e a medicina**. São Paulo: Hemus, 1976.

CAMBRIDGE, S. **História ilustrada da medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

CAMPOS HH, CAMPOS JJB, FARIA MJS, Barbosa PFA, Araújo MNT. Programas de desenvolvimento docente em escolas médicas: oportunidades e perspectivas: mais do que uma necessidade. *Cadernos Abem*; 2007;3:34-8.

CARABETTA JUNIOR, Valter e CURY, Maria Cristina F. da S. A contribuição da coordenação pedagógica na escola de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.31, n.1, p.44-51, 2007.

CARVALHO P. **Evolução da Medicina no Pará**. *Pará- Medico*. 1922 set;3(10):205-28.

CARVALHO, A.M.P. **Paradigmas e métodos de investigação nas práticas de ensino: aspectos epistemológicos**. Anais do VII Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino; 1994. Goiânia: ENDPE; 1994. p.79-90.

CASSEL, E. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306:639-645. 1982

CASSEL, E . **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. Oxford: Oxford University Press. 1991

CASTANHO, M. E. L. M. Docência e Inovação na Área de Ciências Exatas e Engenharias. In: **Revista de Educação** PUC-Campinas, Campinas, nº12, junho, 2002.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede – a era da informação: economia, sociedade e cultura**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CAVALCANTE, L. P. F. **Avaliação da aprendizagem no Ensino Superior da área da saúde: Unidade de produção de sentidos sob a perspectiva histórica e cultural**. Dissertação (Programa de Pós Graduação em educação). Universidade Federal de São Carlos, 2011

CECCIM, R. B; FERLA, A. A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CHARLE, C.; VERGER, J. **História das universidades**. São Paulo: Editor Unesp, 1996.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

CLACK, G.B. **Evaluation by graduates: a tool to stimulate change?** Medical Teacher 1997;19(1): 32-35.

CODO, W **Educação: carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

CONTRERAS J. **A autonomia de professores**. São Paulo: Cortez; 2002.

COTRIM, G. **História e consciência do mundo**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

CUNHA, M. I. **O professor na transição de paradigmas**. Araraquara: JM Editores, 1998 p. 219

CUNHA, N. H. S. **Brinquedoteca: um mergulho no brincar**. São Paulo: Maltese, 2004.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

DA_ROS, M. A. Políticas públicas de saúde. In: BAGRICHEVSKY, M. et al (Ed.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. v. 2.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo de produção FSP USP e ENSP Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick FLECK**. P.S. Tese (Doutorado em Educação e Ciência) - CED, UFSC, Florianópolis, 2004

DA_ROS, M. A. Políticas públicas de saúde. In: BAGRICHEVSKY M, PALMA A., ESTEVÃO, A., ROS MAD, editors. **A saúde em debate na Educação Física** - volume 2. Blumenau: Nova Letra; 2002.

DALLA, M.D.B. **Mudança na educação médica através da interação comunitária**. 2002. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau.

DEMO, P. **Educação e conhecimento: relação necessária, insuficiente e controversa**. Petrópolis: Vozes, 2000.

DUBAR, C. **A socialização: a construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUNN KE, RAKES GC. Teaching teachers: an investigation of beliefs in teacher education students. **Learning Environments Research**. 2011;14(1):39-58.

Jornal O Estado do Pará, de 4 de maio de 1919.

FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO PARÁ. **Relatório do ano de 1944**. Belém: Oficinas Gráficas da Revista de Veterinária, 1945.

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

FINUCANE P, ROLFE I. Graduates' verdict on medical teachers: the minority who teach do it well. **MedTeach**. 1996; 18: 57- 59.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FRANCO, M. A. S. Indicativos para um currículo de formação de pedagogos. In: ROSA, D. E. G.; SOUZA, V. C. de S. **Políticas organizativas e curriculares, educação inclusiva e formação de professores**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.173-189.

FRANCO, M. L. P. B.; NOVAES, G. T. F. Os jovens do Ensino Médio e suas representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 1, n.112, p.167-183, 2001.

_____. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro, 2005.

_____. Indicativos para um currículo de formação de pedagogos. In: ROSA, D.E.G. & SOUZA, V.C. de S. **Políticas organizativas e curriculares, educação inclusiva e formação de professores**. Rio de Janeiro: DP&A., 2002. p.173-189.

FREIRE, P.. **Pedagogia do oprimido**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FREIRE. P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

FREITAS, M. Educação para o Desenvolvimento Sustentável: sugestões para a sua implementação no âmbito da Década das Nações Unidas. In: SILVA, B.; ALMEIDA, L. (Org.). **Actas do VIII Congresso Galaico Português de PsicoPedagogia**, 2005. p.1474-1488

FRIEDBERG, E.; Le Pouvoire et la Règle, Seuil, 1993. In: BERNOUX, P.; A quoi sert la sociologie des organisations?, **Sciences Humaines**, Hors Série n. 20, p. 12-15, 1998

FRY H; JONES A; **Davenport E; Brook A. Changing curricula: an evaluation from dentistry.** Medical Teacher 1997;19(2):108-113

GADOTTI, M. **Pedagogia da práxis: a escola como projetos sócio-cultural.** São Paulo: Cortez, 2004.

GATTI, B. A. et. al. A atratividade da carreira docente no Brasil. **Estudos & Pesquisas Educacionais**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 139-209, mai. 2010.

_____. **Formação de professores e carreira: problemas de movimento e renovação.** 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

_____.; BARRETO, E. S. S. **Professores do Brasil: impasses e desafios.** Brasília: UNESCO, 2009.

_____.; ESPOSITO, Y.; SILVA, R. N. Características de professores (as) de 1º grau no Brasil: perfil e expectativas. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 15, n. 48, p. 248-260, ago. 1994.

GATTI, B. A.; BARRETTO, E. S. S.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Políticas docentes no Brasil: um estado da arte.** Brasília, DF: UNESCO, 2011. 300p

GATTI, B. A.. Escola: multiculturalidade e universalidade. In: SCHWARTZ, C. M. et al. (Orgs.). **Desafios da educação básica: a pesquisa em educação**, v. 1. Vitória: Edufes, 2007. p. 17-27.

GATTINARA, B. C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C.; GIACONI, J., CAPRARA, A. **Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia.** *Cadernos de Saúde Pública*, 1995, 11:425-438

GAZZINELLI, M. F. Processo Saúde-Doença: a leitura de Gadamer. In: _____.; REIS, D. C. dos; MARQUES, R. de C. (Org.). **Educação em saúde: teoria, método e imaginação.** Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 31-52.

GILES, T. R. **História da educação.** São Paulo: EPU, 1987.

GIORDANI, M.C. **História da antiguidade oriental.** 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1969.

GIROUX HA. Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. **Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva.** Florianópolis: UFSC, 2004.

HOUSSAYE, J. Pedagogia: justiça por uma causa perdida? In: _____.; SOETARD, M.; HAMELINE, D.; FABRE, M. **Manifesto a favor dos pedagogos.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p.9-45.

IBGE. **Censo populacional do Estado do Pará**. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estados>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

_____. **Censo populacional do Estado do Pará**. 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estados>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

_____. **Síntese de indicadores sociais 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2014. Disponível em: <www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/06/NovosCaminhos4v2.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2010.

JODELET, D. Le corps, la personne et autrui. In: MOSCOVICI, S. (Ed.). **Psychologies sociale dès relations à autrui**. Paris: Nathan, 1994. p. 41-68.

_____. **Loucuras e representações sociais**. Paris: PUF, 1989.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17- 44.

JONAS H. EL Principio de Responsabilidad. Barcelona: Herder; 1995

KNIGHT, L.V. ; BLIGH, J. (2006). Physicians' perceptions of clinical teaching: a qualitative analysis in the context of change. **Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice**, 11(3), 221-34

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LAM, C.W. et al. A Review of Carbon Nanotube Toxicity and Assessment of Potential Occupational and Environmental Health Risks. **Critical Reviews in Toxicology**, v. 36, n. 3, p. 189-217, 2006.

LAMPERT, J. B. **Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem, 2002.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

LIBÂNEO, J. C. **Adeus professor, adeus professora?** Novas exigências educacionais e profissão docente. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. _____. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002a.

_____. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002b.

LOPES, R. **Uma região tropical**. Rio de Janeiro: Editora Seleta, 1970.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

- LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J. **História da medicina**. São Paulo: Manole, 1997.
- MADEIRA, M. C. Um aprender do viver: educação e representação social. In: MOREIRA, A.; OLIVEIRA, D. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 31-52.
- MARGOTTA, R. **História ilustrada da medicina**. São Paulo: Manole, 1998.
- MARTINS, G. A. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas,
- MASETTO, M. T. **Professor universitário: um profissional da educação na atividade docente**. Campinas-SP: Papirus, 1998
- MATISUMOTO, S.; MISHIMA, M. S.; PINTO, I. C. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 233-241, jan./fev. 2001
- MELO, J.M.S. **A medicina e sua história**. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 1989.
- MELO, J.M.S. **A medicina e sua história**. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 2007
- MEYER P. A Irresponsabilidade Médica. São Paulo: Ed. Unesp; 2000
- MINAYO, M. C. de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 31-52.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.
- _____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MOHANA K, CHAMBERS R, WALL D. Developing your style: increasing effectiveness in healthcare teaching. *PostgradMed J*. 2007; 83(977):145-147
MOREIRA 2006
- MORICONI, G. M.; MARCONI, N. Os salários dos professores públicos são atrativos no Brasil? In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 36., 2008, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPEC, 2008. p. 1-20.
- MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

MCLEAN M. Rewarding teaching excellence. Can we measure teaching "excellence"? Who should be the judge? *MedTeach* 2001; 23:6-11

MCLEOD, J.J., FISHER, J., GINNY H. **The key elements of classroom management: managing time and space, student behavior, and instructional strategies**. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development. 2003. Disponível em: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3002080>. Acessado em 30 agosto de 2014.

NÓVOA, António (Coord.). **Os professores e a sua formação**. 2 ed. Lisboa: Dom Quixote, 1995.

NÓVOA, António. (org.). **Profissão Professor**. Porto: Editora Porto, 1999.

NÓVOA, A. Professor e o novo espaço público da educação. In: _____. **Educação e sociedade: perspectivas educacionais no século XXI**. Santa Maria: UNIFRA, 2006. p. 31-52.

OLIVEIRA, I. A. (Org.). **Saberes e representações sobre práticas sociais cotidianas de alfabetizando amazônidas**. Belém: CCSE-UEPA, 2004.

OLIVEIRA, I. A. **PRÁTICA PEDAGÓGICA DO ENSINO DE CIÊNCIAS NAS ESCOLAS PÚBLICAS DE SANTA CRUZ – RN**, HOLOS, 2010, Vol.5, p. 218

PADILHA, R.P. **Planejamento dialógico: como construir o projeto político-pedagógico da escola**. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2001.

PAIM, J. S. "La Salud Colectiva y los Desafios de la práctica". In: Organización Panamericana de la Salud (Org.). **Lacrisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington: OPS, 1992. p.540-55.

PERRENOUD P. **A formação dos professores no século XXI**. In: Perrenoud P, Thurler, MG. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002. p. 11-31.

PEREZ GOMEZ, A. O pensamento prático do professor – a formação do professor reflexivo. In. NÓVOA, A. (Org.). **Os professores e sua formação**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1992. p. 31-52.

PIMENTA, T. S. **Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade dos Oitocentos: história, ciências, saúde, manguinhos**. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11s1/03.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

PIMENTA, S; ANASTASIOU, L.G.C e CAVALLET Docência e ensino superior: construindo caminhos In BARBOSA, R L L (org) **Formação de educadores. Desafios e perspectivas** São Paulo: Editora UNESP., 2003

PIMENTA, T.S. **Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade dos Oitocentos**: História, Ciências, Saúde, Manguinhos [Internet]. 2004 mar [citado 2010 mar 23] 2005;11 Suppl 1:67-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11s1/03.pdf> .cessado em 24 de maio de 2015

PIMENTA, S.G.; LIMA, M.S.L. **Estágio e docência**. São Paulo: Cortez, 2004.

PINTO, J. M. R. Remuneração adequada do professor – desafio à educação brasileira. **Retratos da escola**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 51-67, jan./jun. 2009.

REBOLO, R. A. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **ScientiæZudia**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45-82, 2006.

REIS, D. C. dos. Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C. dos; MARQUES, R. de C. (Org.) **Educação em saúde**: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 31-52.

Relatório do ano de 1944 apresentado a Congregação pelo Diretor Alcyliño de Leão.incompleta

REZENDE, J. M. **Curso de história da medicina**. Goiânia: FMUFG, 1997.

_____. _____. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

RIBEIRO, C. **A integralidade e seus percursos no SUS**. Florianópolis: UFSC, 2008.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec; Editora Unesp, 2006.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: _____.; OLIVEIRA, P. S. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 2000. Cap.2, p. 31-52.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In:SÁ, C. P., OLIVEIRA, P. S. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense,1992

SALEM, J. **Hipócrates**: conhecer, cuidar e amar.O Juramento e outros textos. São Paulo: Landy, 2002.

SAMPAIO, C. E. M. et. al. Estatísticas dos professores no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 83, n. 203/204/205, p. 85-120, jan./dez. 2002.

SAMPAIO, M. N., LEITE, L. S. **Alfabetização tecnológica do professor**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999

SAVANNI, P...**Pedagogia histórico-crítica; primeiras aproximações**, 10ª ed. Campinas (SP): Autores Associados, 2008.

SAVIANI, D. Formação de professores: aspectos históricos e teóricos do problema no contexto brasileiro. **Rev. Bras. Educ.**, Abr 2009, vol.14, no.40, p.143-155.

SCHÖN, D. Formar professores como profissionais reflexivos. In: NÓVOA, A. (Org.). **Os professores e sua formação**. Lisboa: Dom Quixote, 1992. p. 31-52.

_____. _____. In: NÓVOA, A. (Org.) **Os professores e sua formação**. Lisboa: Dom Quixote, 1997. p. 31-52.

SEVERINO, A. J. A nova LDB e a política de formação de professores: um passo à frente e dois atrás... In: FERREIRA, N. S. C.; AGUIAR, M. A. S. (Org.). **Gestão da educação**.3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 31-52.

_____. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, M. A. de O. **O discurso dos professores sobre a formação continuada**. 2000.230f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Regional de Blumenau, Santa Catarina.

SUDAM/ PNUD. **Diagnóstico e Cenarização Macrossocial da Amazônia Legal: perfil da saúde na Amazônia legal e o contexto brasileiro**. Belém: Pnud, 2000.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 31-52.

_____. Representações Sociais: uma perspectiva interdisciplinar. In: ENCONTRO DE PSICOLOGIA SOCIAL. 6., 1991, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRAPSO, 1991. p. 31-52.

_____. (Org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense,1993.

SZYMANSKI, H. A Prática Reflexiva com Famílias de Baixa Renda. **Anais...** do II Seminário, 2004.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002a.

_____.; LESSARD, C. **O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas**. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Saberes docentes e formação de professores**. Petrópolis: Vozes, 2002b.

TARNAS, R. **A epopéia do pensamento ocidental**: para compreender as ideias que moldaram nossa visão de mundo. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 30, n.2, p. 286-90, ago. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n2/v30n2a08.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

TEIXEIRA, S. M. F. Assistência Médica Previdenciária: evolução e crise de uma política social. In: _____.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p. 31-52.

TEDESCO, J. C. **El nuevo pacto educativo: educación, competitividad y ciudadanía en la sociedad moderna**. Madrid: Alauda Anaya, 1995

TEDESCO, J. C. A modo de conclusión: una agenda de política para el sector docente. In: FANFANI, E. T. (Org.). **El Oficio de docente: vocación, trabajo y profesión en el siglo XXI**. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2006.

TEDESCO, J. C. A modo de conclusión: una agenda de política para el sector docente. In: FANFANI, E. T. (Org.). **El Oficio de docente: vocación, trabajo y profesión en el siglo XXI**. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2006.

TESCAROLO, R. **A escola como sistema complexo**: a ação, o poder e o sagrado. São Paulo: Escrituras, 2005.

TERUYA, T.K. **Trabalho e educação na era midiática: um estudo sobre o mundo do trabalho na era da mídia e seus reflexos na educação**. Maringá/PR: EDUEM, 2006.

THERRIEN, J. De alguns princípios da pedagogia e os impasses na definição desse campo de saber profissional. IN: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICA DE ENSINO, 13., 2006, Recife. **Anais...** Recife: instituição, 2006. p. 31-52.

_____. O saber do trabalho docente e a formação do professor. In: SHIGUNOV NETO, A.; MACIEL, L. S. B. (Org.). **Reflexões sobre a formação de professores**. Campinas: Papyrus, 2002. p. 31-52.

_____.; MAMEDE, M. A.; LOIOLA, F. A. Gestão moral da matéria e autonomia do trabalho docente. In: ROMANOWSKI, J. P.; MARTINS, P. L. O.; JUNQUEIRA, S. R. A. (Org.). **Conhecimento local e conhecimento universal**: a aula, aulas nas ciências naturais e exatas, aulas nas letras e artes. Curitiba: Champagnat, 2004. p.43-56.

THERRIEN, J. De alguns princípios da pedagogia e os impasses na definição desse campo de saber profissional. In. **ANAIS do XIII ENDIPE**. Recife: 1995.

THERRIEN, J. O saber do trabalho docente e a formação do professor. In: Alexandre Shigunov Neto; Lizete Shizue Bomura Maciel. (Org.) **Reflexões sobre a formação de professores**. 1ed. Campinas: Papirus, 1997.

TENTI FANFANI, E. **La condición docente: datos para el análisis comparado Argentina, Brasil, Perú y Uruguay**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2005.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VAZQUEZ, A. S. *Filosofia da Práxis*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1977.

_____. _____. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

VASQUEZ, A. **Filosofia de práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

VEDANA, G.; GUILHERMANO, L. G. Um revolucionário pacífico: Philippe Pinel. In: **Congresso Brasileiro de História da Medicina**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de História da Medicina, 2005. p. 46-95.

VENTURELLI, J. Aprendizaje en grupos pequeños o tutorías. In: VENTURELLI, J. **Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos**. Washington: Organización Panamericana de la Salud OPAS/PAHO, 1997. p. 119-34.

VIANNA, I. O. de A. **Planejamento estratégico e participativo: elaboração, fatores facilitadores e dificultadores de sua implantação na universidade**. Anais: IV Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul. Florianópolis, dezembro de 2004.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.; OLIVEIRA, D. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000. p. 31-52.

WOLFHAGEN H; G.I.J., SELAERS, W.H; DOLMANS, D; ESSED G; SCHMIDT H.G. Improving clinical education through. (Orgs.). **Conhecimento Local e conhecimento universal: a aula, aulas nas ciências naturais e exatas, aulas nas letras e artes**. Curitiba: Champagnat, 2004, p.43-56

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

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

ZEFERINO, A. M. B.; BARROS FILHO, A. A. Capacitação docente: experiência da pós-graduação em saúde da criança e do adolescente com a disciplina Pedagogia Médica e Didática Especial na FCM/Unicamp. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. da S. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004. p. 225-231.



APÊNDICES



APÊNDICE A – Modelo de Questionário

1. Identificação:

1.1. Gênero: () feminino () masculino () outros.

1.2 Faixa etária: () 25 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () 51 a 60 anos () mais de 60 anos

2. Formação Acadêmica

2.1 Tipo de instituição de formação inicial: () pública () privada

2.2 Tempo de formado: () até 10 anos () de 10 a 20anos () mais de 20 anos

2.4 titulação: () Pós-Doutorado () Doutorado () Mestrado () Especialização. () Graduação.

3. Formação Continuada

3.1. Realizou curso de formação continuada voltados para docência? () Sim () Não

3.2 Realizou curso de formação continuada voltados para área médica? () Sim () Não

3.4 Participou de alguma formação pedagógica ao longo de sua trajetória docente no Ensino Superior? () sim algumas vezes () sim , uma vez () nunca recebi

4. Prática Docente

4.1 Tempo de docência: () até 05 anos () de 05 a 10anos () mais de 10 anos

4.2 Atuação em Ensino Médio: : () até 05 anos () de 05 a 10anos () mais de 10 anos () Não atuei no Ensino Médio

4.3 Atuação em Ensino Básico: () até 05 anos () de 05 a 10anos () mais de 10 anos () Não atuei no Ensino Básico

4.4 Atuação em Ensino Superior: () até 05 anos () de 05 a 10anos () mais de 10 anos

APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada

1. De que forma sua trajetória pessoal contribuiu pela opção da docência em saúde no Ensino Superior?
2. De que forma sua trajetória profissional contribuiu pela opção da docência em saúde no Ensino Superior?
3. Quais foram desafios encontrados em sua trajetória inicial?
4. Com base na sua trajetória quais os elementos mais importantes para ser professor no campo da saúde?
5. Quais as diferenças entre a prática docente em saúde do início de sua carreira e a atualidade?
6. Para você qual o papel do docente em saúde na universidade?
7. Quais os aspectos motivadores da carreira docente na área da saúde na universidade?
8. Quais os aspectos desestimulantes da carreira docente na área da saúde na universidade?
9. Para você quais são os maiores desafios da prática docente em saúde na contemporaneidade?
10. Quais as perspectivas futuras para a docência em saúde no ensino superior para os próximos anos?
11. De que forma a sua visão sobre a docência reflete sobre a sua prática
12. O que é ser professor?
13. Ter ou não ter formação pedagógica tem implicações para o seu exercício da docência?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLC)

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outras pacientes, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação.

Título: *Representações Sociais de Professores do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará – UFPA sobre a Docência em Saúde e Implicações para a Formação Médica.*

A proposta em estudo será desenvolvida com Docentes da Universidade Federal do Pará, ligados ao Instituto Ciência da Saúde, pertencentes ao corpo de docentes do curso de Graduação em medicina e consiste na aplicação de um questionário direcionado para formação acadêmica e na realização de uma entrevista semiestruturada que tem por foco principal interrogar sobre a percepção desses professores quanto à docência em saúde.

É válido ressaltar que em qualquer momento do estudo, o docente terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas, sendo que a principal investigadora é o pesquisadora Dr^a Ivany do Nascimento Pinto, que pode ser encontrada à Rua Conselheiro Furtado, caso não seja localizada, poderá ainda ser contatado o Pesquisador Kleber Augusto Fernandes de Moraes, residente na rodovia BR 316, Ananindeua-PA, Condomínio Pleno Residencial, apto. 102 Torre Felicidade, fone: (91) 991333200.

GARANTIAS

É garantida aos professores, a liberdade de deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

O professor tem direito a se manter informado a respeito dos resultados parciais da pesquisa.

Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas.

Os riscos que os professores poderão ser submetidos se referem a problemas psicológicos, uma vez que pode emergir diversos sentimentos ao se analisar os resultados obtidos na entrevista, caso ocorra esse tipo de situação, lhe será concedido acompanhamento psicológico especializado.

Os benefícios do estudo incluem uma análise crítica e reflexiva sobre a formação docente do professor de medicina.

Esse trabalho será realizado com recursos próprios do autor, não tendo financiamento ou coparticipação de nenhuma instituição de pesquisa.

Também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

O pesquisador utilizará os dados e o material coletado somente para essa pesquisa e a identificação de cada professor será mantida no anonimato.

DECLARAÇÃO

Declaro que compreendi as informações do que li ou que me foram explicadas sobre o trabalho em questão.

Discuti com o pesquisador Kleber Augusto Fernandes de Moraes sobre a minha decisão em participar nesse estudo, ficando claro para mim, quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação não tem despesas.

Eu _____ de RG _____ concordo voluntariamente em participar desse estudo, reconheço que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Belém, _____, de _____ de 2015

Assinatura do participante

Eu _____
_____ RG _____ declaro que assisti à explicação do o pesquisador Kleber Augusto Fernandes de Moraes ao professor, que ele compreendeu e retirou suas dúvidas, assim como eu, e compreendi tudo o que será realizado na pesquisa.

Assinatura de testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido desse professor para participação no presente estudo.

Kleber Augusto Fernandes de Moraes
Pesquisador responsável