

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

MARA NIBIA DA SILVA

**O TRABALHO ACADÊMICO DO PROFESSOR DO CURSO DE MEDICINA:
CONTRADIÇÕES NUM CONTEXTO DE MUDANÇAS NA FAMED/UFRGS.**

Porto Alegre

2005

Mara Nibia da Silva

**O TRABALHO ACADÊMICO DO PROFESSOR DO CURSO DE MEDICINA:
CONTRADIÇÕES NUM CONTEXTO DE MUDANÇAS NA FAMED/UFRGS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação. Orientadora: Prof^a. Dr.^a Carmen Lucia Bezerra Machado.

Porto Alegre

2005

Mara Nibia da Silva

**O TRABALHO ACADÊMICO DO PROFESSOR DO CURSO DE MEDICINA:
CONTRADIÇÕES NUM CONTEXTO DE MUDANÇAS NA FAMED/UFRGS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação. Orientadora: Prof^a. Dr.^a Carmen Lucia Bezerra Machado.

Prof^a. Dra. Carmen Lucia Bezerra Machado - Orientadora - UFRGS

Prof^a. Dra. Marlene Ribeiro - UFRGS

Prof. Dr. Augusto Nivaldo Triviños - UFRGS

Prof^a. Dra. Jussara Gue Martini - UFSC

Prof. Dr. José Venturelli - Mc Master

**À Janaina e Gabriela, pela paciência,
amorosidade e companheirismo nesta
jornada, com a certeza de que pelo
humano, um outro mundo é possível.**

À Adelina (minha avó) e Nelsa (minha mãe), guerreiras do cotidiano.

À Carmen, pela partilha e coerência na vida.

AGRADECIMENTOS

Embora por uma questão de escolha eu escreva na primeira pessoa do singular, nela se inscreve o trabalho de muitas mãos, inscritas de muitas formas. No entanto, existem coisas que pela imensidão e intensidade nos faltam palavras. Frente a este vazio, tento inscrever na letra as muitas marcas desta jornada.

À Professora Carmen Lucia Bezerra Machado, minha orientadora, pelo carinho e presença no desenvolvimento de minha investigação, bem como pela construção cotidiana de um trabalho coletivo solidário.

Aos Professores Marlene Ribeiro, Augusto Nivaldo Triviños, Jussara Gue Martini, José Carlos Venturelli, que integram minha Banca, pela disponibilidade e contribuições a este estudo.

Aos professores do curso de medicina da FAMED/UFRGS, pela confiança em partilhar seus sonhos, angústias, vivências, e pela construção, como co-autores, desta pesquisa.

Ao Professor Waldomiro Manfroi, Diretor da FAMED no período em que desenvolvi minha pesquisa, pela disponibilidade e respeito ao meu trabalho.

Aos Professores Marlis Morosini Polidori (SAI), Walmor Marchetti (IEPE/UFRGS) e Sérgio Alexander Korndörfer (Diretor do DIPI), pela atenção e colaboração.

Aos servidores do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, pela atenção e colaboração.

Aos servidores Claudiomar Oviedo Ribeiro (DPR), Bruno Born Netto (DIPI), Marlete Regina Lock (FAMED), Susana Isabel Fargas Pordany (COMGRAD/MED), Chistine Coelho Nunes (FAMED), pela colaboração atenciosa.

Ao Taylor, Jana, Gabi, Vlair, Lúcia, Elói, Bia, Márcia, Neiva, Cristina, Sirilei, Loiva, Maria, Ursula, Paulo, Dirci, Su, Vera, Jaque, Eliete, Silvio, Ana, Ione, pelo estímulo, amizade e pela partilha.

Fernando Silva dirige o hospital de crianças, em Manágua.

Na véspera do Natal, ficou trabalhando até muito tarde. Os foguetes espocavam e os fogos de artifício começavam a iluminar o céu quando Fernando decidiu ir embora. Em casa, esperavam por ele para festejar.

Fez um último percorrido pelas salas, vendo se tudo ficava em ordem, e estava nessa quando sentiu que passos o seguiam. Passos de algodão: virou e descobriu que um dos doentinhos andava atrás dele. Na penumbra, reconheceu-o. Era um menino que estava sozinho. Fernando reconheceu sua cara marcada pela morte e aqueles olhos que pediam desculpas ou talvez pedissem licença.

Fernando aproximou-se e o menino roçou-o com a mão:

- Diga para... - sussurrou o menino Diga para alguém que eu estou aqui.

Eduardo Galeano

Esta pesquisa esta vinculada ao Núcleo de Estudos, Experiências e Pesquisas em Trabalho, Movimentos Sociais e Educação - TRAMSE, na LINHA DE pesquisa Trabalho, Movimentos Sociais e Educação (coordenada pela Prof^a. Dra. Marlene Ribeiro), enfocando e contribuindo com a temática originada no Grupo de Pesquisa sobre a Formação de Professores para o Mercosul / Conesul (sob a coordenação do Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños), e consolida o trabalho coletivo e solidário que vem sendo construído interdisciplinarmente entre este PPGEDU e o Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde (Coordenado pelo Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi e pela Prof^a. Dra. Carmen Lucia Bezerra Machado como representante do PPGEDU) em processo de implementação pela Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina.

RESUMO

O trabalho acadêmico do professor do Curso de Graduação em Medicina da FAMED/UFRGS é o tema desta dissertação. Uma investigação de natureza qualitativa, que tem como objetivo conhecer, descrever, compreender e explicar, referido trabalho acadêmico, num contexto de mudança. A partir do uso dos mitos gregos como metáforas, este trabalho examina as contradições presentes no trabalho acadêmico, focando as relações no processo histórico. Realiza a observação do conjunto das atividades de trabalho e de mudança curricular do curso, e entrevistas semi-estruturadas, com treze professores; é composto por uma introdução, na qual apresento o suporte teórico-metodológico; o capítulo I, em que examino o contexto histórico e social no qual surge o curso de Medicina; o capítulo II, onde discuto a conformação ideológica e a hegemonia dominante incidente sobre o trabalho acadêmico; o capítulo III, em que discuto o trabalho acadêmico num processo de mudanças e suas contradições. Nas considerações finais, abordo a necessidade de valorização do trabalho do professor (desvalorizado por aquele mesmo que o exerce) em contraposição ao reconhecimento do trabalho médico, que lhe auferia recursos materiais. A técnica, colocada como domínio da máquina, a qual precisam dominar, mais do que a construção de relações entre sujeitos, origina questões como: que valor tem a tecnologia da abordagem das relações sociais no curso? Qual a relação entre as políticas públicas e a humanização das relações no trabalho acadêmico?

PALAVRAS-CHAVES: trabalho acadêmico, educação e saúde, hegemonia e ideologia.

RESUMEN

El trabajo académico del profesor del Curso de Graduación en Medicina de la FAMED/UFRGS es el tema de esta disertación. Una investigación de naturaleza cualitativa, que tiene como objetivo conocer, describir, comprender y explicar tal trabajo académico en un contexto de cambio. A partir del uso de los mitos griegos como metáforas, este trabajo examina las contradicciones presentes en el trabajo académico, focalizando las relaciones en el proceso histórico. Realiza la observación del conjunto de las actividades de trabajo y de cambio curricular del curso, y entrevistas semi-estructuradas, con trece profesores. El presente trabajo está compuesto por una introducción, donde presento el soporte teórico-metodológico; en el capítulo I, examino el contexto histórico y social en lo cual surge el Curso de Medicina; en el capítulo II, discuto la conformación ideológica y la hegemonía dominante incidiendo sobre el trabajo académico y; en el capítulo III, discuto el trabajo académico en un proceso de cambios y sus contradicciones. En las consideraciones finales, trato la necesidad de la valorización del trabajo del profesor, desvalorizado por aquellos mismos que lo ejercen, frente a la valorización del trabajo del médico, que obtiene recursos materiales. La técnica, colocada como dominio de la máquina, a cual necesitan dominar, más que la construcción de relaciones entre sujetos, origina cuestiones como: ¿Qué valor tiene la tecnología del abordaje de las relaciones sociales en el curso? ¿Cuál es la relación con las políticas públicas y la humanización de las relaciones en el trabajo académico?

PALABRAS-CHAVES: trabajo académico, educación y salud, hegemonía e ideología.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Professores do Curso de Medicina formados na FAMED/UFRGS....121

GRÁFICO 2 - Ano de formatura dos professores.....121

LISTA DE SIGLAS

- ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
- AMB - Associação Médica Brasileira
- ANDES - Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior
- ANM - Academia Nacional de Medicina
- ANRM - Associação Nacional de Médicos Residentes
- BM - Banco Mundial
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CEEs - Comissão de Especialistas de Ensino Superior
- CEPE – Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
- CES/CNE - Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação
- CFM - Conselho Federal de Medicina
- CGEM - Congresso Gaúcho de Educação Médica
- CINAEM - Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas
- CIOMS - Coucil for International Organizations of Medical Sienes
- CNE/CES - Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COMCAR - Comissão de Carreira
- COMCAR/MED - Comissão de Carreira Medicina

COMGRAD/MED - Comissão de Graduação da Medicina

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONCUR - Conselho de Curadores

CONSUN - Conselho Universitário

CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

CREMESP - Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CRUB - Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras

DCMED - Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina

DE - Dedicção Exclusiva

DENEM - Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina

DIPI - Departamento de Informações e Planejamento Institucional

DIU - Departamento de Informações Universitárias

DPR - Departamento de Pagamento e Recolhimento

ENADE - Exame Nacional de Desempenho de Estudantes

FACED - Faculdade de Educação

FAMED - Faculdade de Medicina

FENAM - Federação Nacional dos Médicos

FMI - Fundo Monetário Internacional

ForGRAD - Fórum de Pró-Reitores de Graduação

GAE - Gratificação de Atividade Executiva

GED - Gratificação de Estímulo à Docência

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IB - Instituto de Biociências

ICBS - Instituto de Ciências Básicas da Saúde

IEPE - Centro de Estudos e Pesquisas Econômicas* (Mesmo sendo Centro manteve a sigla IEPE)

IES - Instituição de Ensino Superior

IFES - Instituições Federais de Ensino Superior

LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde

LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MARE - Ministério da Administração do Estado

MEC - Ministério de Educação e cultura

NEM - Núcleo de Ensino Médico

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PE - Professor Entrevistado

PP - Projeto Pedagógico

PROMED - Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas

PRORH - Pró Reitoria de Recursos Humanos

PRR - Partido Republicano Riograndense

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SAI – Secretaria de Avaliação Institucional

SESu/MEC - Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação

SINAES - Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

SSMA/RS - Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

URGS - Universidade do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
I. O FIO DE ARIADNE E O PROCESSO HISTÓRICO.....	32
1.1 O fio coletivo compondo o processo histórico e social.....	38
1.2 A UFRGS, o hospital e as contradições hegemônicas.....	52
1.3 Da divisão do trabalho ao trabalho de médico.....	64
II. DE CASTIGO DOS DEUSES A CRIADOR DO HUMANO.....	69
2.1 A ideologia, a hegemonia e o trabalho acadêmico do professor do Curso de Medicina.....	81
III. DAS MOIRAS AO URDIR HUMANO.....	94
3.1 Entre a indissociabilidade legal e a indissociabilidade concreta, o trabalho acadêmico.....	95
3.2 O Curso de Medicina da UFRGS e o trabalho acadêmico dos professores....	124
3.3 O trabalho acadêmico num contexto de mudanças.....	136
3.4 As reformas curriculares e a FAMED.....	157
IV - Considerações Finais.....	175
REFERÊNCIAS.....	181
APÊNDICES.....	189
APÊNDICE A - Tabelas.....	190
TABELA N.º 01 - Número de Docentes da FAMED, por Titulação, 1990-2004.....	191
TABELA N.º 02 - Número de Docentes da FAMED, por Classe Funcional, 1990-2004.....	192
TABELA N.º 03 - Salário dos Professores, 1990 - 2004.....	193
TABELA N.º 04 - Número de Docentes da FAMED por Regime de Trabalho, 1990, 1996 e 2004.....	194
TABELA N.º 05 - Departamentos da FAMED e Serviços e Instituições onde estão inseridos.....	195
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista.....	196
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Informado.....	198
ANEXOS	199

Anexo 1 - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina	200
Anexo 2 - Custo do Cesto de Produtos Básicos de Consumo de Porto Alegre	206
Anexo 3 - Portaria Ministerial nº 610	208

INTRODUÇÃO

*[...] e o operário disse: não!
Loucura! Disse o patrão
Não vês o que te dou eu?
Mentira! Disse o operário
Não podes dar-me o que é meu.
Agigantou-se a razão
De um homem pobre e esquecido
Razão porém que fizera
Em operário construído
O operário em construção.
(Vinícius de Moraes)*

O trabalho que constrói obras, que liga fios, indissocia processos, procedimentos, autores, mitos e lutas, a partir de uma base material, dá aos aglomerados uma feição de humano.

O que justifica esta pesquisa? O Trabalho Acadêmico do Professor de Medicina da FAMED se desenvolve numa faculdade pública, que ocupa um lugar histórico e de destaque na formação de médicos no Rio Grande do Sul e no Brasil. Por ser uma faculdade pública, mais que qualquer outra instituição, tem o compromisso ético-político de um retorno social e de tornar públicos os avanços e descobertas de suas pesquisas, contribuindo para atender às necessidades e

minorar o sofrimento da população. O ensino destes conhecimentos e saberes é o terceiro elemento que, compondo o trabalho acadêmico, me faz, como professora, trabalhadora da saúde e cidadã, investigar esta temática, tal como examino ao longo desta dissertação, contribuindo, assim, no contexto do Trabalho, da Saúde e da Educação.

Numa realidade contraditória, que se constrói e reconstrói continuamente, conhecer e compreender exige um desvelar dessa mesma realidade, que, como diz Kosík (2002), não se deixa ver imediatamente. Assim, foi necessário um ir e vir constante entre as informações, o campo de pesquisa e a teoria, evidenciando suas contradições, bem como o que se mostra ou não se mostra. Tecer e ir tecendo relações, recompondo a totalidade.

Neste trabalho, procuro reconstituir os movimentos desencadeados pela Constituição de 1988, que, a partir de 1990, geram regulamentações relacionadas à Educação e à Saúde e originam minha **questão central** de pesquisa: **há possibilidades no e pelo Trabalho Acadêmico, do Professor do Curso de Medicina da FAMED/UFRGS, transformar-se e, nesse movimento, transformar a educação médica?**

Assim, as questões que me orientaram nesse processo foram:

- Que contradições se manifestam neste e por meio deste Trabalho Acadêmico do Professor do Curso de Medicina, inserido numa sociedade

capitalista, onde a política e as concepções culturais se constituem nas e com estas relações?

- Em que consiste este trabalho acadêmico?
- Que desafios se colocam para o desenvolvimento do trabalho acadêmico do professor do curso de medicina?
- As diretrizes curriculares implicam em mudanças concretas no desenvolvimento deste trabalho?
- Que contradições se manifestam, no trabalho acadêmico do professor do curso de medicina, num contexto de mudanças?

Para responder a esta questão central e as questões auxiliares de pesquisa, organicamente ligadas aos objetivos específicos, proponho como **objetivo geral**:

Conhecer, descrever, compreender, explicar, interpretar, criticar e provocar questionamentos teórico-práticos que contribuam para o desvelamento das contradições do trabalho acadêmico dos professores do Curso de Medicina, da FAMED/UFRGS, num contexto de mudanças.

E, como **objetivos específicos**:

- Analisar as contradições da sociedade capitalista, no processo histórico onde a política e as concepções culturais se constituem e se manifestam.
- Conhecer e analisar o processo histórico da educação médica e da implantação das Diretrizes Curriculares, evidenciando suas contradições, implícitas neste e, por meio deste, Trabalho Acadêmico.
- Desvelar os desafios que se colocam para o desenvolvimento do trabalho acadêmico do professor do curso de medicina.
- Compreender as implicações das diretrizes curriculares em mudanças concretas no desenvolvimento do trabalho acadêmico destes professores.

A escolha da abordagem teórico-metodológica se relaciona mais a uma forma de conceber o mundo e de ler a realidade, que está em constante movimento, do que a um conjunto de técnicas e procedimentos. O método de conhecer esta realidade, em Marx e em Gramsci, está associado à possibilidade de transformá-la, de desmistificar as leis econômicas e políticas que regem uma dada sociedade, mostrando-as como resultantes da ação e interação entre os homens. Portanto, não são naturais, nem absolutas e, muito menos, eternas; são feitas pelos homens e pelas mulheres, e pelos homens e pelas mulheres podem ser transformadas.

Opto por esta abordagem nesta pesquisa, de enfoque qualitativo, o que implica no mínimo, de acordo com Triviños (1987, p. 125), dois traços fundamentais: "por um lado, sua tendência definida, de natureza desreificadora dos fenômenos, do

conhecimento e do ser humano; e por outro, relacionada com aquela, a rejeição da neutralidade do saber científico". Além disso, a pesquisa qualitativa rejeita a redução do conhecimento a dados isolados; aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas; estuda o processo dos fenômenos; busca obter generalidades.

Mostra-se difícil especificar um tipo de estudo, quando no processo se imbricam características pertencentes a diferentes tipos. Assim, no contexto em que esta pesquisa se desenvolve, sempre que solicitada, emiti minha opinião, contribuindo com os conhecimentos e disponibilizando meus saberes. Estas intervenções me levaram a um lugar de participação, inclusive na condução de atividades ligadas ao processo de mudanças em curso.

Particpei ativamente no planejamento e execução de curso de capacitação para os professores do Curso de Medicina, onde pude interagir com os mesmos, ora como professora, ora no grupo, também como aluna. Estas atividades me permitiram conhecer melhor a posição dos professores frente à educação, à educação médica, à saúde e à medicina. Particpei de diferentes reuniões e atividades realizadas na FAMED, bem como na elaboração coletiva de relatórios e de projetos.

Nesse movimento, fui me apropriando das mudanças propostas, conhecendo os enfrentamentos delas decorrentes, fazendo parte, trocando e intervindo no próprio processo que investigo. As relações estabelecidas dão a esta pesquisa diferente característica, sem perder de vista meu olhar de pesquisadora, não deixando de contribuir com o que eu sabia.

No entanto, poderia afirmar que, predominantemente, esta investigação é do tipo Estudo de Caso, onde se aprofunda a descrição, a análise e o conhecimento de uma realidade delimitada (TRIVIÑOS, 2001, 1987). Delimitação que não significa, no entanto, desprezar as diversas determinações que constituem esta realidade, fragmentando-a ou limitando-a de forma arbitrária, pois

[...] mesmo delimitado, um fato teima em não perder o tecido da totalidade de que faz parte indissociável. [...] investigar dentro da concepção de totalidade concreta significa buscar explicitar, de um objeto de pesquisa delimitado, as múltiplas determinações e mediações históricas que o constituem. A historicidade dos fatos sociais consiste fundamentalmente na explicitação da multiplicidade de determinações fundamentais e secundárias que os produz [...] (FRIGOTTO, 2001, p. 27-28).

No processo de observação, partindo das categorias hegemonia e ideologia, procurei perceber as posições que os professores tomavam frente a determinado assunto, as relações que estabeleciam com os demais professores, a apropriação que faziam do seu espaço de trabalho, suas reações frente às propostas feitas, a forma como se agrupavam, se participavam ou não nas discussões e atividades. Os diferentes momentos da observação se compuseram de atividades promovidas pelo Núcleo de Ensino Médico (NEM), quais sejam: reuniões gerais, reuniões de grupos de trabalho, assembléias gerais, reuniões do grupo executivo do PROMED e eventos sobre Educação Médica, na Faculdade e fora dela.

Para aprofundar o conhecimento sobre o trabalho acadêmico do professor, acompanhei três professores em seus espaços de trabalho com os alunos e com pacientes servindo como locais (cenários) de ensino. Dessa forma, pude observar o professor como professor, como médico e como preceptor, bem como a coerência entre o seu discurso e a sua prática. Como professor, foi possível observá-lo no

acompanhamento e supervisão de atendimento clínico com os graduandos; em reunião de equipe multidisciplinar, composta por professores e profissionais pertencentes ao corpo clínico do HCPA, para apresentação e discussão de caso com graduandos da FAMED e residentes do HCPA; e em aula teórico-prática com *doutorandos* (alunos do sexto ano). Também, no exercício de preceptoria, ou seja, *como* profissional do *serviço* que serve de *cenário* de ensino, recebendo, portanto, alunos do Curso de Medicina da UFRGS e de outras Instituições, aos quais acompanha e orienta, exercendo, assim, uma prática educativa. Esta atividade totalizou vinte e uma horas de acompanhamento de trabalho acadêmico.

No diário de campo, parceiro inseparável, fui registrando sistematicamente o observado, descrevendo, anotando reflexões, associações, dúvidas que me surgiam, tanto em relação aos fatos, quanto às questões teóricas. Durante este percurso, tive presentes as colocações de Triviños (1987 e 2001) de que a descrição perfeita não existe, pois sempre existirão as características do pesquisador, o contexto, a teoria, na qual se embasa a pesquisa, os sujeitos, as relações que se estabelecem, enfim, as contradições que se apresentam.

Este material foi novamente examinado, juntamente com todo o registro de leituras, no momento da análise interpretativa, explicativa e de compreensão do fenômeno estudado. Realizei estudo do material das informações coletadas nas aproximações iniciais com o campo de pesquisa, das observações, da legislação, dos documentos da Faculdade de Medicina e de autores. Selecionei as informações e os dados que seriam de maior relevância para o estudo. Realizei, então, uma releitura cuidadosa, fazendo fichas dos livros e dos documentos, elaborando um

pequeno resumo do conteúdo. Estas leituras, aliadas ao objetivo da pesquisa e a metodologia, permitiram a construção do roteiro para a entrevista semi-estruturada.

A entrevista semi-estruturada partiu de treze questões básicas, sendo que as respostas a elas geraram outras questões específicas a cada entrevistado, o que permitiu uma maior participação de cada um destes professores no conteúdo desta pesquisa, contribuindo com seus saberes, e um aprofundamento de minha parte no conhecimento do trabalho acadêmico do professor de medicina.

A população desta pesquisa é constituída pelos professores do Curso de Graduação em Medicina da FAMED/UFRGS. Uma vez que, na pesquisa qualitativa, conforme Triviños (2001), a população é considerada como uma referência, e o tamanho da amostra é determinado pelo pesquisador, conforme as necessidades e o desenvolvimento do estudo, minha amostra se constitui de treze destes professores. A escolha do número de entrevistados foi intencional, em conformidade com os objetivos deste estudo, tendo como critérios básicos estar atuante no curso de graduação em medicina há, no mínimo, cinco anos, e ser do quadro efetivo de professores da UFRGS. Como critérios complementares, a escolha se fez levando em conta os diferentes departamentos da Faculdade de Medicina e de outras Unidades da Universidade a que estão vinculados os professores do Curso de Graduação em Medicina e, ainda, a partir das observações realizadas, aqueles que evidenciaram pontos de vista diferentes nos processos de discussão.

Os professores que participaram da pesquisa, na sua maioria, são casados (69,23%), egressos da FAMED (92,30%), ingressaram como professores entre os

anos 80-90 (61,53%) e pertencem à classe de professor adjunto (61,53%), com titulação máxima de mestres (38,46%). Alguns têm regime de trabalho de 20 horas (38,46%). Os que exercem atividades fora da universidade correspondem 69,23%, e os pertencentes ao quadro de professores da FAMED formam 76,93%. Para a maioria (76,93%), a FAMED foi a primeira experiência como professor. Dos treze professores, 76,93% não tiveram trabalho/emprego antes de formar-se como médicos.

Com um dos professores a entrevista foi realizada em dois momentos. O tempo das entrevistas atendeu a disponibilidade de horário de cada entrevistado, bem como seu interesse e necessidade em falar, sendo que a média de duração foi de duas horas, que totalizaram trinta horas de fitas gravadas, transcritas na íntegra, e revisada a transcrição com nova audição das fitas. Ao trazer as falas dos entrevistados, utilizo reticências entre os colchetes para indicar que há uma antecedência ou continuidade na fala, ou sempre que houver risco do entrevistado ser identificado, retirando o nome dos departamentos, disciplinas, doenças e pessoas.

A pesquisa envolvendo seres humanos implica em trata-los como tais, respeitando sua dignidade e autonomia, e, nesse sentido, exige consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que dela participam, sendo garantido o sigilo que assegure sua privacidade em relação às informações confidenciais envolvidas na pesquisa. Assim, a cada um dos participantes, durante o andamento das atividades, deixei claro tratar-se de um estudo acadêmico, cuja responsabilidade era minha, como pesquisadora, e que contava com a orientação e amparo legal do Programa

de Pós-Graduação, ao qual me vinculo. A cada um entreguei Termo de Consentimento Informado¹ (Apêndice C), oficializando meu compromisso com as questões éticas, uma vez que se trata de uma pesquisa com seres humanos.

Optei, pelos motivos acima expostos, por não apresentar as entrevistas em conjunto e, sim, trazê-las ao longo de todo o texto, preservando o contexto no qual a idéia é expressa pelo entrevistado, por uma questão de cuidado ético, pois, mostradas em conjunto, permitiriam a identificação do entrevistado, o que fere o compromisso assumido. Assim, ao trazer os fragmentos² das entrevistas, usei um código de identificação, que associa uma referência ao professor entrevistado.

As tabelas que apresentam informações sobre titulação, regime de trabalho e classe funcional referem-se ao quadro efetivo da Faculdade de Medicina, sede do curso, ao qual pertence a maior parte dos professores. Elas foram organizadas a partir de informações obtidas em diferentes fontes, que reordenei de acordo com a estrutura departamental da FAMED. Para o ano de 1996, utilizei como fonte a informações da Universidade em números; para o ano de 2004, a fonte foi o Catalogo Geral da UFRGS; porém, em relação ao ano de 1990, houve dificuldades para obtenção das informações, pois não há uma centralização das mesmas e foi necessário percorrer um longo caminho.

¹ A elaboração deste termo baseou-se no texto Termo de Consentimento Informado para Pesquisa: Auxílio para a sua Estruturação, de Francisconi e Goldim (2003), alicerçado na Resolução CNS 196/96, nas Diretrizes Internacionais do CIOMS (1993) e nas Diretrizes Consensuais Tripartites para a Boa Prática Clínica (1997), disponíveis em: www.bioetica.ufrgs.br/conspesq.htm

² Falas, fragmentos de falas, se referem às respostas dos entrevistados, devidamente transcritas e que utilizo ao longo desta pesquisa.

A secretaria da FAMED, gentilmente, me cedeu o fichário para consulta, provavelmente por não ter os dados disponíveis em arquivo informatizado, do qual fui retirando as informações referentes a cada professor, para depois construir o quantitativo existente em 1990. Por não estar atualizado o fichário e pelas condições existentes para a realização dessa coleta, necessitei buscar outras fontes. Fui ao departamento pessoal da FAMED, que também não dispunha destes dados, mas de onde me encaminharam para o setor de Recursos Humanos da Universidade. Lá fui informada de que estes registros poderiam estar em um banco de dados, mas seria necessária uma busca; porém, só havia um trabalhador que poderia fazê-la e este respondia pela demanda de toda a Universidade. No entanto, o técnico administrativo que me atendeu conseguiu reunir alguns dados e me encaminhou ao Departamento de Informações e Planejamento Institucional (DIPI), que me forneceu documentos, elaborados pelo Departamento de Informações Universitárias (DIU). Com todo este material, reconstruí os dados referentes ao ano de 1990. Para a construção dos gráficos 1 e 2, referentes aos professores da FAMED formados na própria instituição, cruzei os nomes dos professores efetivos em 2004 com a relação dos formandos³ da Faculdade, no período que vai de 1950 a 2003.

Durante toda a investigação, mantive um processo de idas e vindas ao campo de pesquisa, onde fui estreitando o contato com os trabalhadores administrativos, com o espaço da Faculdade de Medicina, com os professores, com a direção, prestando atenção aos movimentos, às pessoas, aos comentários que circulavam nos diversos espaços, em como as pessoas que lá trabalham se relacionam entre si e como participam da vida institucional.

³ Disponível em: www.famed.ufrgs.br/formandos/index.htm.

Realizei a coleta de material da legislação nacional, da Universidade e da FAMED. Fiz uma revisão da literatura referente à história da Medicina, estudo de autores que tratam da Reforma Sanitária, da Educação Médica, das Conferências de Saúde e das políticas públicas de Educação e Saúde, da relação entre Saúde e educação e estudos dos autores que sustentam teórica e metodologicamente esta pesquisa/dissertação. Conforme Triviños (1987), por meio da análise documental temos a possibilidade de deter nossa atenção no conteúdo manifesto como também no conteúdo latente, o que nos abre perspectivas para descobrir ideologias, tendências e outras características que constituem o fenômeno em estudo.

A análise das informações acompanhou todo o processo de investigação, como leitura sistemática e recorrente de todos os documentos, textos e registros por mim produzidos. Procurei ver o que os teóricos diziam a este respeito e fui localizando os autores que tratavam de temáticas semelhantes ou possíveis de serem aproximadas.

Separei, então, as categorias empíricas que mais apareciam no conjunto das informações coletadas, quais sejam: trabalho acadêmico, indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, diretrizes curriculares e educação médica. Redigi uma análise preliminar destas categorias, como tentativa de construção do texto, retomando os objetivos, as perguntas, procurando/tentando localizar as possíveis respostas/evidências existentes.

Procurei entender como se davam as relações dos professores e as formas como estas relações se manifestavam, observando as contribuições e reflexões que,

enquanto participantes de um grupo, traziam para este mesmo grupo, seja em relação ao trabalho acadêmico no Curso de Graduação, seja em relação às Diretrizes Curriculares: o que traziam como elemento fundamental para o desenvolvimento do trabalho acadêmico; a relação do trabalho acadêmico e a relações políticas; o que esta em disputa entre as concepções de Saúde / Medicina; os enfrentamentos, os interesses em jogo, buscando retirar das entrevistas o que pudesse esclarecer, ou seja, apreender a totalidade do fenômeno em estudo, tentando descobrir as características fundamentais deste processo, buscando compreender seus sentidos e suas contradições. Contradições que na especificidade do contexto histórico em que se inserem revelam a especificidade daquilo que investigo.

Ao ler o texto, percebo que ele não expressa tudo o que se poderia dizer e busco, em sua releitura, nas informações coletadas e na teoria, a retomada fundamental para interpretar o material, fazendo as ligações entre as contingências do fenômeno e o necessário / a condição *sine qua non* para sua existência. Processo que exige, então, o estabelecimento de um ponto de fechamento, mesmo que provisório, para a escritura do texto final da dissertação.

A urdidura dos fios se constitui, neste texto, na utilização dos mitos gregos⁴ Ariadne, Prometeu, Hércules, Sísifo, Pandora e as três Moiras, mas, também, do

⁴ **Ariadne**, filha do rei Minos, de Creta, deu a Teseu o fio que lhe permitiria sair do labirinto onde vivia o Minotauro.

Prometeu desafiou aos deuses, roubando-lhes o fogo para entregá-lo aos homens. Zeus, como castigo, o acorrentou no Cáucaso, para que um abutre diariamente lhe devorasse o fígado, mas que também diariamente se reconstituía. Prometeu é considerado símbolo da humanidade, da luta empreendida pelos humanos pela transformação da realidade.

Hércules, filho de Zeus com uma mortal. Hera, esposa de Zeus, enciumada com o nascimento de Hércules, tentou mata-lo, sem sucesso. Foi incumbido de realizar 12 trabalhos considerados impossíveis.

saber popular, tal como diz o poeta Vinícius de Moraes: é operário em construção, estabelecendo os fios e construindo o tecido que é coletivo e social.

Além desta introdução, o texto se constitui do Capítulo I, O Fio de Ariadne e o Processo Histórico, no qual me apresento e procuro recompor o processo percorrido pela medicina ao longo da história, para pensar o trabalho acadêmico do professor de medicina hoje, buscando as ligações internas e externas desse processo. Este é um fio de Ariadne.

No Capítulo II, De Castigo dos Deuses a Criador do Humano, discuto a ideologia e a hegemonia na articulação com o trabalho acadêmico do professor de medicina. No Capítulo III, Das Moiras ao Urdir Humano, analiso a legislação e suas implicações para e no desenvolvimento do trabalho acadêmico. Nas Considerações Finais, retomo a questão central de pesquisa e meus objetivos, e faço algumas considerações.

Sísifo encarnava, na mitologia grega, a astúcia e a rebeldia do homem frente aos desígnios divinos. Sua audácia, no entanto, motivou exemplar castigo final de Zeus, que o condenou a empurrar, eternamente, ladeira acima, uma pedra que rolava de novo ao atingir o topo de uma colina. A lenda mais conhecida sobre Sísifo conta que aprisionou Tânato, a morte, quando esta veio buscá-lo, e, assim, impediu, por algum tempo, que os homens morressem. Quando Tânato foi libertada, por interferência de Ares, Sísifo foi condenado a descer aos infernos. Sua punição final reafirma uma provável concepção grega do inferno como lugar onde se realizam trabalhos infrutíferos.

Pandora teria sido criada por Zeus para castigar Prometeu. A ela os deuses do Olimpo concederam presentes e qualidades excepcionais, tendo sido encarregada, por Zeus, de entregar a Prometeu uma caixa fechada, mas este se recusou a abri-la. O irmão de Prometeu tomou Pandora como esposa. Há versões que contam que a caixa foi aberta propositadamente por Pandora, outras dizem que foi por descuido; porém, nos importa aqui, é que nesta caixa havia toda sorte de males e desventuras, mas também a esperança. Ao ser aberta, pela mão do homem, todos os males e desventuras escaparam, espalhando-se pela terra. Mas foi também a mão humana que, ao fechar a caixa, conseguiu manter guardada a esperança. **As Moiras**, na mitologia grega, eram três irmãs. Elas determinavam os destinos humanos, especialmente a duração da vida de uma pessoa e seu quinhão de atribuições e sofrimentos. Cloto (fiar) segura o fuso e puxa o fio da vida. Láquesis (sortear) enrola o fio e sorteia o nome dos que vão morrer e Átropos (não voltar, ser inflexível) corta o fio. Na mitologia grega, Moira, no singular, é o destino, que, na *Ilíada*, representa uma lei que paira soberana sobre deuses e homens, pois nem mesmo Zeus está autorizado a transgredi-la sem interferir na harmonia cósmica. Estes mitos podem ser encontrados tanto em textos clássicos como em vários intérpretes e mesmo na rede informatizada.

I. O FIO DE ARIADNE E O PROCESSO HISTÓRICO

*Para conhecer uma casa,
É preciso acariciar suas frestas
Tocá-la nas reentrâncias.
Mais que limpá-la, entendê-la.
Mais que esfregá-la, buli-la.
E com o tempo... entender suas rugas.
(Stela Pastore)*

Porto Alegre, 24 de fevereiro de 1959. No Hospital da Beneficência Portuguesa, às 14 horas, eu nascia. Abria os olhos para ver o mundo, no qual Cuba vivia a revolução. Em Liverpool, na Inglaterra, formava-se uma banda, que provaria ao mundo que o *rock'n roll* poderia ser repleto de diversas harmonias, estruturas e sons, influenciando em toda a cultura ocidental: nasciam os *Beatles*.

A tensão mundial entre leste e oeste, na esteira da guerra fria, aliada à revolução cubana, pressionava a 'integração' da América ao bloco capitalista, isolando o perigo do comunismo e atendendo, assim, às exigências do capital encarnadas, principalmente, nos interesses norte-americanos. A União Soviética dava início à *conquista da Lua* com o projeto Luna. A Luna 3 fotografava, então, pela primeira vez, a face oculta da Lua.

Glauber Rocha realizava os curta-metragens *O Pátio e Cruz na Praça*. Era fundado o Banco Interamericano de Desenvolvimento. No Rio Grande do Sul, eram feitas as primeiras dez hemodiálises, no Hospital São Francisco, em pacientes com insuficiência renal aguda. Érico Veríssimo, com a mulher Mafalda e o filho Luis Fernando, viajou para a Europa, onde fez palestras em Portugal nas quais defendeu a democracia, o que provocou choque com a ditadura salazarista. Este momento resultou no livro *O Ataque*.

Foi nessa sociedade dividida em classes que, juntamente com outros, eu dei continuidade a minha vida. Cedo, partilhei com outros trabalhadores a condição de assalariada. E, como tantos adolescentes, nos anos setenta, do século XX, vivi as dores e contradições de uma legislação trabalhista que impunha ao menor, embora realizando as mesmas atividades, na mesma função, com a mesma carga horária e responsabilidades de um adulto, um salário inferior. Um salário de *menor*⁵ como era chamado.

Entre a lei que permitia este salário e os livros lidos, relembro as palavras de meu pai: *os livros abrem as portas do mundo*. Dito que, na infância, se fazia vivido, quando, mergulhando nas histórias, eu abria as portas do mundo da imaginação. Porém, na adolescência, aquelas histórias tomaram outros contornos e pude entendê-las numa dimensão muito diferente: conhecer, compreender e lutar para mudar esse *mundo*.

⁵ Assim chamado porque correspondia à condição de estar um menor aprendiz, aparentemente, protegido para estudar, desde que este estudo não interferisse na jornada de trabalho, no uso do uniforme, no cumprimento das tarefas e na submissão.

Foi na condição de aluna trabalhadora em uma empresa privada, trabalhando em tempo integral e responsável pelo meu sustento, que cursei História, na Faculdade Porto-Alegrense de Educação, Ciências e Letras. Trabalhar representava não só a minha sobrevivência material, mas, também, o acesso à educação - espaço de intervenção.

O engajamento iniciado no movimento estudantil se amplia na luta pela redemocratização do país, na militância partidária, no movimento antimanicomial, na e pela escola pública. Nesse processo, o contato mais direto com o sofrimento mental do ser humano e o meu inconformismo me levou a buscar formação na área da psicanálise e a me aproximar da saúde coletiva.

Desse trabalho coletivo, resgato na memória o ano de 1990, o Curso de Especialização em Saúde Mental, em nível de residência, que propunha um olhar e uma prática em relação à saúde mental orientados pela "inclusão de outros saberes, o combate ao modelo hospitalocêntrico e a ressignificação do conceito de saúde mental, com ênfase na participação e na cidadania de sujeitos historicamente excluídos de qualquer possibilidade concreta de definição nos rumos de sua história" (SSMA/RS/HPS,1990). Relembro o conflito vivido pelos alunos, inerente à contradição entre a formação que tiveram, que os ligava a uma *concepção de mundo*, e a proposta do curso, seus sonhos e lutas pela transformação das suas práticas e das práticas em relação à saúde, em específico à saúde mental, e que os ligava a uma outra concepção de mundo. Nasceram, daí, as questões sobre a hegemonia na área da saúde.

As instituições de ensino são alguns dos espaços nos quais se produz cultura e, portanto, arena de luta de hegemonia. Laços, trabalho, relações que ampliem a fissura no estado de passividade são fundamentais para subverter relações de saber-poder em relações de poder-saber. Gramsci (1974) propõe que as questões constitutivas das relações de poder sejam trabalhadas e compreendidas como possibilidade para a formação de uma contra hegemonia. Revendo-nos, vamos dando uma nova feição a nossa prática, reconhecendo-nos em nosso trabalho. Transformando-nos, transformamos.

Recordo um dos encontros quando um dos alunos, do Curso de Especialização, relatou que, no início do curso, ficava revoltado ao ver que muitos profissionais da Instituição, ao encontrarem algum paciente jogado no chão, passavam naturalmente por cima dele, como se fosse uma coisa. E, decorrido nem um ano, ele tinha acabado de fazer o mesmo. Isso era totalmente contrário àquilo pelo qual lutava. O que se passou em tão curto espaço de tempo?

Foi, ainda, nesse período, que o descredenciamento de uma clínica psiquiátrica renomada, realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), abriu a possibilidade da implantação de um projeto alternativo ao manicômio, abrigando cinquenta “pacientes” que deveriam ser removidos para o HPSP. Nasceu a Pensão Pública Protegida Nova Vida, na qual, por um ano, fiz parte do grupo técnico.

Foi um trabalho rico, comprometido e compromissado com a luta antimanicomial, permeado de avanços, recuos, equívocos, acertos, enfrentamentos, dificuldades e conflitos, mas desenvolvido com garra e paixão pelos que lá estavam.

Contudo, a hegemonia médica e sua introjeção pelos profissionais da área da saúde e pela sociedade conflitam fortemente com uma proposta de trabalho que se contrapunha a esta lógica. Ao mesmo tempo, esta lógica também permeava nosso grupo de trabalho. Como se constituiu essa hegemonia? Como era introjetada pela sociedade? Como conformava e conforma a concepção de saúde dos diferentes trabalhadores?

Em 1994, nasceram minhas filhas, sendo que um ano depois, pelo trabalho de meu marido, fomos morar em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Lá, prestando concurso e ingressando no magistério municipal, pelo e no trabalho, me inseri na comunidade. Deixava parte de minhas atividades em saúde em Porto Alegre. Fui lotada em uma escola de Ensino Fundamental na zona rural, a uma distância de, aproximadamente, dez quilômetros da sede do município. Uma mudança radical em minha vida. A realidade, além de nova, era desafiadora. Senti, então, necessidade de conhecer mais profundamente a nova realidade em que estava inserida. E o fiz. Não só em termos históricos e culturais, mas participei da construção de políticas públicas da Educação Municipal.

Como parte do ensino, orientei trabalhos nas chamadas *Feiras de Ciências*, onde desenvolvi a prática de que a pesquisa deveria partir de temas escolhidos pelos alunos, ligados às suas inquietações. Orientar estes trabalhos a partir desta prática exigiu enfrentamentos, visto que os temas escolhidos referiam-se a drogas, violência contra o menor, violência contra a mulher, alcoolismo, prostituição infantil, gravidez na adolescência, entre outros. E isto era visto como invasão da área de Ciências, ou seja, domínio do professor de Ciências Físicas e Biológicas.

É preciso reconhecer, entretanto, que as possibilidades processadas pelo e no trabalho coletivo geram seus contra-sonhos, como diz Freire (2000). Porém, sonhos que se fazem ação podem constituir realidades, tal como nessa experiência.

De aluna do curso de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, promovido pela Cruz Vermelha/PAM 4, em 1996, fui convidada a permanecer como integrante do grupo coordenador e executor do curso. Das atividades mantidas em Porto Alegre, permaneci neste grupo durante os anos de 1997 e 1998, trabalhando, então, com a formação de profissionais de saúde, de educação e de outras áreas.

Dessa experiência, me vem à memória a realização de uma oficina na qual o foco era repensar/implantar o trabalho de grupo com adolescentes grávidas. Uma auxiliar de enfermagem contava, a partir de sua prática *no posto*, que via como era importante acolher, escutar e conhecer o contexto no qual vivia a adolescente, suas angústias e medos. Nesse momento, um outro profissional, que estava iniciando a implantação de um grupo com adolescentes em sua Unidade, tomou a palavra e colocou que ele era muito prático e, quando a *paciente* começava a falar muito, ele colocava ordem e dizia: "eu pergunto e tu respondes".

De que modos estes profissionais percebiam e percebem onde estão inseridos? Como concebiam e concebem a proposta de trabalhar com grupos? Quais as concepções de saúde tinham e têm? Quais as concepções de sociedade?

Enquanto isso, na minha escola, aliava ao trabalho em sala a realização de oficinas junto aos alunos, pais e professores, bem como às escolas de municípios

vizinhos e da rede estadual, na articulação educação e saúde. Trabalhei com a comunidade, integrei a diretoria do Conselho Municipal de Educação. Aprendi e ensinei.

Mais adiante ingressei no magistério estadual, onde lecionei no ensino médio regular e EJA, e fui coordenadora pedagógica das séries iniciais. Participei ativamente do processo da Constituinte Escolar, como representante regional, e, posteriormente, fui Delegada na Conferência Estadual. Algo inesquecível como ser humano e histórico como educadora, pois representa um momento coletivo de luta e construção de uma transformação possível da educação pública estadual.

As questões instituintes desta caminhada me trazem *pesquisante* de uma realidade que é processo de fazer-se e refazer-se, movida por contradições, em que o trabalho é forma humana de ser e estar no mundo. Nessa tessitura, aliada à vivência nos seminários, a partilha e trocas com os companheiros de jornada, a presença constante e cuidadosa de minha orientadora, foi se constituindo essa pesquisa, que tem como foco o trabalho acadêmico do professor de medicina.

1.1 O fio coletivo compondo o processo histórico e social

Como Ariadne, que entrega a Teseu a ferramenta para sair do labirinto do Minotauro, Marx, com o materialismo histórico dialético, nos dá a possibilidade de

compreender e achar uma saída *do labirinto do capital*⁶. Faz isso, na exata medida em que nos lembra que a realidade é um processo dialético, histórico e humano, pois é sobre o humano construído que o humano construinte vai se gestando.

Nesse sentido, pensar o trabalho acadêmico do professor de medicina hoje implica recompor, mesmo que de forma sucinta, o processo percorrido até aqui, das origens da medicina a sua institucionalização, sua chegada ao Brasil, o contexto em que se insere, num constante ir e vir, buscando as ligações internas e externas desse processo: este é um fio de Ariadne.

Das expressões mágico-religiosas e empíricas, do fio dos mitos à constituição do fio do trabalho humano, que faz ciência, a história da medicina pode ser dividida em uma fase não científica e uma fase científica. Uma não extermina a outra. Ambas coexistem. É preciso não esquecer, no entanto, que as concepções que embasam e embasaram a medicina têm por fundamento as idéias, os valores e os conhecimentos de seu tempo.

A medicina não científica⁷ é aquela que se baseia na crença de que forças sobrenaturais (deuses, espíritos malignos, demônios, feitiços, encantamentos) causam doenças, acidentes, mortes. É constituída de práticas, ritos e cerimônias realizadas por pessoas com poderes ou conhecimentos especiais (curandeiros, pajé, xamã, feiticheiro, sacerdotes), que dominam ou intervêm junto às forças sobrenaturais para prevenir, obter a cura, desfazer males.

⁶ Frigotto intitula seu livro *Teoria e Educação no Labirinto do Capital*.

⁷ Esta divisão toma apenas as características gerais predominantes. A medicina popular, baseada na experiência, não é aqui abordada.

Já a medicina científica é aquela que, segundo Souza (1981, p.24):

[...] procura, baseada na observação e na experiência, encontrar uma explicação natural das doenças, dos meios de a reconhecer e tratar, ou de a evitar, de esclarecer as suas causas e compreender as suas manifestações. O que a caracteriza essencialmente não é o maior ou menor êxito das suas intervenções, a exatidão ou o erro das suas doutrinas ou teorias, mas uma atitude mental: a atitude de procurar compreender e explicar, à luz da observação e da experiência, como fenômenos naturais, todos os fenômenos que se podem observar no Homem são ou doente.

Tanto Sousa (1981) como Scliar (2001, 2002), concordam que a medicina científica nasceu na Grécia Antiga, por volta do século V a.C., quando os gregos reconhecem claramente a necessidade de uma explicação racional e inteligível dos fenômenos da natureza, que poderia ser alcançada pelo exercício do pensamento.

Cabe lembrar que a Grécia tinha por base o modo de produção escravista, onde o trabalho manual ficava a cargo dos escravos e, dessa forma, os cidadãos desfrutavam de tempo livre para dedicar-se à arte, à ciência, à filosofia, à cultura e à política.

É nesse período, então, que temos a primeira grande e nítida separação entre o empírico e o mágico-religioso na prática médica, personificada em Hipócrates de Cós, considerado o Pai da medicina. A influência e as contribuições de Hipócrates permaneceriam por muito tempo. A ele é creditada a individualização da Medicina, separando-a da Filosofia. A Arte (tekne) da medicina aparece nos textos hipocráticos como um conjunto de noções, de teorias e experiências, um saber que permite tomar uma atitude e pôr em prática uma técnica. A medicina hipocrática claramente

reconhece que todas as doenças têm uma causa natural, sem a qual não poderiam surgir.

É igualmente na Antigüidade que vamos ver surgir, pela primeira vez, de forma clara, o conflito entre dois modos diferentes de conceber a medicina e que atravessa os tempos, chegando até nós. Assim, é às escolas de Cós e Cnide que precisamos nos reportar, para encontrar essa diferença materializada nos conceitos que orientavam e acirravam rivalidades na medicina.

PEJ [...] a gente tá vivendo essa grave situação, o problema é que todo enfoque econômico existente na medicina, está sendo direcionado exatamente para a especialidade⁸, esta sendo fomentado que o sujeito seja um especialista porque se for generalista ele vai morrer de fome. Se a conotação é esta, de trabalhar só para comer então, definitivamente isso aí tá criando [...].

Na escola de Cnide, a orientação era voltada para reconhecer e distinguir as doenças umas das outras pelos sintomas apresentados e relacioná-las com os órgãos atingidos, para estabelecer, então, uma nosologia com caráter científico. Isso, tendo em vista que conhecidas as doenças e descobertas a maneira de tratar cada uma delas, a medicina poderia ser ensinada e aprendida como uma ciência.

Já na escola de Cós dominava o conceito de doença como afecção⁹ geral do organismo. Seria inútil procurar distinguir as doenças uma das outras pelos sintomas, porque estes variavam constantemente no decorrer da mesma doença. A

⁸ Os grifos são da pesquisadora e utilizados como forma de destacar aspectos considerados importantes neste diálogo com os entrevistados. Opto por não recortar apenas o trecho assinalado para dar voz ao professor do curso de medicina e deixar ao leitor o contexto no qual foram enunciadas estas palavras, mesmo que o trecho pareça longo.

⁹ Processo mórbido considerado em suas manifestações atuais, com abstração de sua causa primordial; doença.

doença seria uma abstração e o doente o problema real. A Medicina não pode deixar de ser a *arte* de tratar o homem doente segundo as normas ditadas pela experiência, guiadas pela observação cuidadosa e esclarecida.

[...] estas duas tendências são afinal, duas tendências permanentes da medicina. O que é surpreendente é que elas se tenham exprimido de uma forma tão nítida, concretamente, em determinado momento histórico e num lugar geográfico perfeitamente localizado. Compreende-se, porém, que a orientação da escola de Cnide deveria conduzir de preferência à formação de especialistas, de cirurgiões, de ginecologistas, etc. e que a escola de Cós deveria formar antes generalistas, mais ocupados com o doente que com a doença. A escola de Cós é dominada e, por assim dizer, personificada pela figura de Hipócrates¹⁰ (SOUSA, 1981, p. 49-50).

Após o declínio da Grécia, Roma a sucede como força hegemônica, porém, é da medicina grega que vai depender. O grupo de médicos gregos, que vêm para Roma e vai vencendo resistências, cresce e se torna prestigiado. Galeno é sua expressão máxima. Ele contribuiu para o estudo da anatomia, semiologia e terapêutica, pois via o organismo num processo dinâmico, expresso em faculdades¹¹.

O mundo medieval que sucede à queda do Império Romano, estruturado pelo modo de produção feudal, era um mundo fragmentado, no qual as atividades econômicas e a troca de conhecimentos se tornaram difíceis. Foi marcado¹² por um retorno ao campo e abandono do comércio como atividade principal; pela

¹⁰ Conforme anotações do Seminário *Bioética: aspectos fundamentais* (2005), ministrado pelo Professor Doutor José Roberto Goldin, do Programa de Pós-Graduação: Ciências em Gastroenterologia, da FAMED/UFRGS, para a medicina hipocrática o paciente devia fazer de tudo para lutar contra a doença e o médico era alguém que auxiliava nessa relação.

¹¹ Digestão, crescimento, metabolismo. Uma força controladora, dirigindo cada processo para um fim específico.

¹² O verbo marcar retoma de Galeano (2002) o sentido de sua determinação estrutural que assinala no corpo, na mente e na alma, como um bordar a fio que fixa, categoriza, enfim, identifica como um emblema.

concentração de terras, resultante da ruína econômica das pequenas propriedades que acabaram sendo incorporadas pelas grandes propriedades, e pela servidão.

A Igreja foi a principal instituição com a função de não só veicular a ideologia das classes dominantes, como também sua grande construtora. Na qualidade de grande proprietária de terras da Europa Ocidental, uma grande senhora feudal, pregava que a existência de senhores e de servos era absolutamente normal dentro de uma sociedade cristã e que os servos deviam obedecer a seus senhores. A infidelidade e a rebeldia eram pecados mortais. A religião substituía a ciência e a existência terrena perdia sua importância, sendo nos mosteiros que se refugiava a medicina grega. Mas o mundo árabe também a acolheu. A partir do século XI, houve um grande movimento de expansão do Ocidente em direção ao Oriente, do qual as cruzadas faziam parte.

Sobre esse contato do Ocidente com o Oriente, encontramos uma passagem bastante significativa da visão dos árabes sobre o conhecimento científico do ocidente, especificamente sobre a medicina, descrita por Amin Maalouf,

[...] fizeram vir à minha presença um cavaleiro que tinha um abscesso na perna e uma mulher desnutrida e definhada. Coloquei um emplastro no cavaleiro, o tumor abriu e melhorou. Para a mulher, prescrevi uma dieta para refrescar-lhe o temperamento. Mas um médico franco chegou e então disse: O que você prefere, viver com uma só perna ou morrer com as duas? O paciente tendo respondido que preferia viver com uma só perna, o médico ordenou: Tragam-me um cavaleiro forte com um machado bem afiado. Logo vi chegar o cavaleiro e o machado. O médico franco colocou a perna do paciente num cepo e disse ao recém-chegado: Dê uma boa machadada para corta-la de uma só vez! Sob meus olhos, o homem descarregou um primeiro golpe na perna, depois, como ela continuasse presa, bateu uma segunda vez. O tutano da perna esguichou e o ferido morreu no mesmo instante. Quanto à mulher, o médico franco a examinou e disse: ela tem na cabeça um demônio que está apaixonado por ela. Cortem-lhe os cabelos! Eles foram cortados. A mulher então recomeçou a comer seu alimento com alho e mostarda, o que agravou o definhamento. Foi o diabo que lhe entrou na cabeça, afirmou o médico. E, pegando uma navalha, fez-lhe uma incisão

em forma de cruz, deixando aparecer o osso da cabeça', que ele esfregou com sal. A mulher morreu imediatamente. Então perguntei: Vocês ainda precisam de mim? Disseram-me que não, e eu retornei, depois de ter aprendido muitas coisas que ignorava a respeito da medicina dos *franjs* [...] (MAALOUF, 1988, p. 126-127).

No fim da Idade Média, as coisas tomaram rumos diferentes. Devido às pilhagens, muitos nobres voltaram para a Europa com grandes fortunas, aumentando a riqueza em circulação. Assim, o contato com o Oriente fez com que os europeus passassem a consumir artigos de luxo em larga escala.

O aumento do consumo e da procura por mercadorias provocou o estabelecimento de feiras inicialmente periódicas, nas quais grande volume de riquezas era transacionado. As feiras estimulam o aparecimento de núcleos urbanos. Ao mesmo tempo em que cresciam as atividades comerciais, havia um incremento das atividades financeiras. A produção artesanal crescia. Comerciantes e artesãos, para proteger seus interesses, se organizavam em corporações, que tinham a função de garantir o monopólio do comércio local e da atividade profissional, além de controlar os preços e a qualidade das mercadorias, bem como a produção.

Na produção artesanal, o artesão dominava a totalidade do processo produtivo, sendo dono dos instrumentos de produção, desde a matéria prima até as ferramentas que utilizava. O desenvolvimento econômico e o surgimento de uma economia de mercado estimularam a dissolução das relações servis de produção, que foram sendo substituídas por relações contratuais e monetárias. O modo de produção capitalista ia se consolidando.

Os hospitais, instituições eminentemente cristãs e caritativas, desenvolveram-se muito. Surgiam as universidades e as escolas médicas de Salerno, Paris, Bolonha, Montpellier e Pádua. O Renascimento chegava com mudanças aceleradas. A imprensa difundia idéias, a reforma protestante introduzia uma doutrina que não via o lucro como pecado, mas como recompensa daquele que empreendia. O método científico foi criado por Bacon. Copérnico mostrou que a Terra não é o centro do universo.

As transformações econômicas foram ensejando alterações políticas. A burguesia passou a estabelecer aliança com os reis, uma vez que a centralização política interessava a ambos. Foi o surgimento das monarquias nacionais e o nascimento do Estado Moderno, cuja função básica foi conter as lutas sociais e promover o desenvolvimento econômico capitalista. O funcionamento do Estado exigiu a formação e o treinamento de uma burocracia profissional, encarregada de administrar e fazer cumprir as determinações do soberano e suas leis.

Com as *Grandes Navegações*, no século XV, os europeus estabeleceram contatos com as mais diversas áreas do planeta. Do estágio regional, a economia passou a níveis mundiais. A ampliação dos mercados levou a uma maior divisão do trabalho e a uma racionalização da produção. Foi o período da acumulação primitiva de capital, marcado, entre outras coisas, pelo intervencionismo estatal, o monopolismo e o colonialismo.

A medicina, conforme Scliar (2002), finalmente, lançou-se a explorar cientificamente o corpo humano. A ciência médica desenvolveu-se. William Harvey

mostrou que, ao contrário da teoria de Galeno que tinha o fígado como o centro da circulação, o sangue era impulsionado pelo coração. O desenvolvimento dos estudos anatômicos e fisiológicos, a nova valorização do trabalho manual e a multiplicação dos ferimentos de guerra provocados pelas armas de fogo tiveram grande efeito na prática da medicina e em particular na da cirurgia.

A partir de 1750, iniciou-se na Europa o processo da Revolução Industrial, trazendo transformação radical no caráter do trabalho. Na manufatura, a produção passou a ser realizada em oficinas, que tinham muitos trabalhadores, equipados com ferramentas, e que trabalhavam sob uma coordenação. Foi introduzida a divisão do trabalho produtivo, onde cada trabalhador executava uma tarefa específica, parcelas do trabalho na qual era especializado, e que só apresentava resultados com a participação de outros trabalhadores, e onde o trabalhador perdeu a visão e o controle da totalidade do processo de trabalho, que passou para as mãos do *dono*. As tarefas eram subdivididas de forma racional, criando-se linhas de operações e de montagem para aumentar a velocidade da produção.

No contexto do século XVIII, as idéias iluministas se estruturaram, realizando uma ampla crítica à forma de poder vigente, propondo um novo entendimento da vida social, cujas principais formulações do pensamento político estavam voltadas à crítica ao absolutismo, à tese do direito divino dos reis, à participação da Igreja na vida pública, e defesa do contrato como mediador das relações sociais.

É também no século XVIII que vemos surgir uma corrente do pensamento econômico que propunha uma nova ordem baseada na liberdade de comércio,

denominada Liberalismo. Os entraves colocados pela presença do Estado na economia impediam a expansão dos negócios e, portanto, se fazia necessária a condenação desta intervenção, por meio das proposições de que a economia se auto-regulava através de suas leis naturais, da defesa da livre concorrência e da defesa da propriedade privada (HUBERMAN, 1986).

Ao longo desse período, as alterações promoveram um extraordinário crescimento das forças produtivas e alteraram profundamente o quadro das relações sociais. A Revolução Industrial assinalou a consolidação do modo de produção capitalista, que passou de sua fase comercial, manufatureira, para a etapa do capitalismo industrial e financeiro. Os trabalhadores se rebelaram. O Estado liberal se expandiu, apoiado na democracia representativa.

Chegamos, então, à produção mecanizada, às fábricas, quando avanços técnicos propiciaram a criação de máquinas industriais, aperfeiçoando os métodos produtivos. Produção mais rápida e produtos mais baratos. O trabalhador passou a servir às máquinas (HUBERMAN, 1986).

Os embates entre as potências, no início do século XIX, pelo domínio do mundo acabavam por colocar a metrópole portuguesa em uma situação insustentável, ocasionando a transferência da sede do reino português para a sua colônia brasileira, diante da invasão estrangeira, em 1808, o que acarretou algumas mudanças por aqui. Esta vinda da família real para o Brasil foi uma das alavancas para institucionalização e legitimação das escolas de formação médica.

O desenvolvimento da Revolução Industrial na Europa, provocando transformações nas relações sociais de produção, condenou à morte o sistema colonial mercantilista. Sob o manto da proteção inglesa, D. João rompeu o estatuto colonial do monopólio com a abertura dos portos às nações nem tão amigas assim. A vida urbana foi impulsionada. A família real, a corte, em suma, a elite, não podia ficar *a mercê* das precárias condições da colônia, nem sujeita aos males da população. No entanto,

[...] percebe-se que apesar da existência de grandes endemias e epidemias (malária, varíola, e febre amarela, desde o século XVI e XVII além da tuberculose, da febre tifóide, da sífilis e tantas outras), a preocupação do monarca e dos administradores coloniais era, principalmente, com a vigilância dos portos, de modo a garantir o comércio com o exterior e de atacar as epidemias de febre amarela e varíola que tornavam o país ameaçador para os estrangeiros e para a corte aqui instalada. Esse quadro se mantém o mesmo com a independência política de Portugal. A preocupação não é com a promoção da saúde da população. [...] E a grande maioria dos atendimentos prestados à população dos povoados e cidades era feita pelos poucos físicos aos que podiam pagar, e pelos cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, sangradores, curandeiros, parteiras à população em geral [...] (PIRES, 1989, p. 66).

Assim, aqui chegando, D. João VI criou cátedras isoladas de ensino superior para a formação de profissionais, conforme os moldes franceses. Fundou a Escola de Anatomia e Cirurgia na Bahia e a Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina no Rio de Janeiro. Estas escolas, que formavam clínicos e cirurgiões, marcaram a institucionalização da medicina no Brasil, onde, de acordo com Pires (1989, p.67).

[...] a prática de atenção aos doentes e feridos passa a ser considerada incumbência de profissões estruturadas e reconhecidas pelo Estado, com normatização que regula a formação, e disciplina o exercício profissional. Começa a ser necessária a discussão de um modelo de formação e o estabelecimento de um saber reconhecido oficialmente.

Apesar disso, foi ao longo do século XIX, que se deu, no Brasil, o processo de consolidação e legitimação da ciência médica ocidental, onde assistimos ao embate entre a medicina e as outras práticas voltadas para a manutenção e prolongamento da vida, estabelecendo-se duas frentes de luta,

[...] na primeira eram identificados como inimigos os adeptos da homeopatia, da helvética e da medicina dita oriental. Na Segunda localizavam-se aqueles que eram chamados de curandeiros, benzedeiros, bruxos, mágicos, indígenas, escravos e curiosos. Em comum, nesse combate, estava a disposição em instaurar em uma região de ilegitimidade todos os discursos e práticas produzidos e reproduzidos nesse universo heterogêneo, constituindo-os como charlatães (CUNHA, 2000, p. 521-522).

Assim, era necessário constituir uma sociedade científica para congregar aqueles que legalmente e oficialmente exerciam a medicina. Em segundo lugar, um processo de escolarização, pois, assim, a corporação médica obtinha e mantinha o controle exclusivo sobre os processos de formação, seleção, organização e fiscalização da medicina, "estratégia eficaz para garantir o monopólio sobre a arte da cura" (CUNHA, 2000, p. 522).

Nesse movimento, um conjunto de tendências concorreu para a edificação desse monopólio, como por exemplo, a necessidade de uma formação de longa duração, professores-médicos especializados para cada uma das matérias, a separação entre o que cabe ao médico, ao farmacêutico e à parteira. Juntas, estas tendências contribuíram para o reconhecimento das faculdades como um espaço de saber específico, neste caso, do saber médico. Apesar das diversas reformas dos cursos de medicina, ao longo dos séculos XIX e XX, esse princípio, como afirma Cunha (2000), não foi alterado.

Realizada *a independência*, num Brasil agrário, baseado no trabalho escravo e na exportação para a Europa de produtos tropicais, consumidor de produtos estrangeiros, era necessário organizar o Estado. No entanto, essa organização deveria ser feita sem colocar em risco os interesses do grupo hegemônico, ou seja, garantindo o privilégio das elites internas e preservando relações externas de produção. Um Brasil de miséria e luxo. Se num primeiro momento o processo de metamorfose do capitalismo exigiu a ruptura do estatuto colonial do monopólio comercial, agora necessitava, para sua expansão, do trabalho assalariado.

Na Europa consumidora de produtos brasileiros, num contexto de lutas dos trabalhadores e da grande indústria, Karl Marx construiu uma análise crítica e contundente do sistema capitalista, partindo das relações materiais, e apontando a possibilidade de sua superação.

No Brasil, o café passou à principal produto de exportação. A condenação do tráfico negreiro no mundo gerou uma crise que encontrou saída na substituição do trabalho escravo pelo trabalho assalariado do imigrante europeu. Aliado a isso, a ideologia do progresso, da riqueza e da mobilidade social era propagada. O trabalho braçal, antes visto como concorrente ao escravo, era cantado em verso e prosa como mote do crescimento e enriquecimento. A solidariedade de classes, a igualdade dos homens perante a lei, o desenvolvimento da civilização, tão cara ao capital emergente, velava a desigualdade entre estes mesmos homens quanto à distribuição da riqueza. As idéias republicanas fervilhavam.

Implantada a República,

[...] assentava-se no país as bases materiais e as estruturas jurídicas e administrativas de consolidação de uma nova ordem burguesa, processo no qual a adoção do novo regime configurou-se como a dimensão política mais evidente. Tal alteração expressava também uma nova correlação de forças [...] (PESAVENTO, 1994, p. 18).

Nesse contexto, em 1890, segundo Hassen (1998), o Brasil possuía duas faculdades de medicina. Porto Alegre possuía 37 médicos diplomados, além de práticos, curandeiros, benzedeiros, pajés, parteira, cada um exercendo a arte da cura a sua maneira.

Por ocasião da República, o grupo liderado por Júlio de Castilhos, no Rio Grande do Sul, tomou o poder e instaurou um governo que tinha no positivismo a sua base de conduta política e administrativa. Era o Partido Republicano Riograndense (PRR) na direção destes pagos. Contra ele levantaram-se os maragatos, antigos liberais com roupagens de federalistas. De 1893 a 1895, maragatos e chimangos se enfrentaram. Ao final, os chimangos saíram vencedores, ficando o poder nas mãos do PRR até 1930.

As parteiras, mulheres da comunidade e que partilhavam com as outras mulheres o cotidiano, eram mais aceitas que os médicos. Talvez por isso, para exercer algum controle sobre estas mulheres e suas atividades, em 1897, de acordo com Weber (2001), um curso de partos foi criado na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Assim, o que até então era aprendido pelas mulheres, na relação com outras mulheres, ganhava um outro espaço: o espaço escolarizado.

Pasteur descobriu que o processo de fermentação era causado por um microorganismo, inventando um processo por meio do qual as bactérias eram

inativadas. Robert Koch descobriu o agente causador da tuberculose. Freud nos legou a psicanálise, publicando em 1900, a *Interpretação dos Sonhos*.

Na capital gaúcha, a luz elétrica iluminava as ruas a partir de 1895. A Santa Casa de Misericórdia era o maior hospital, seguido pela Beneficência Portuguesa. O "Hospício São Pedro devia possuir de um a dois médicos". Junto às farmácias, os médicos mantinham seus consultórios, "praticando atendimentos de emergência e pequenas cirurgias" (FRANCO, 2003).

1.2 A UFRGS, o hospital e as contradições hegemônicas

Nesse contexto, em 1895, foi fundada, em Porto Alegre, a Escola de Farmácia e Química, seguida da Escola de Engenharia, em 1896. Essas escolas iniciaram, também, a educação de nível superior no Estado, marcando o início da história¹³ da atual Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aqui, redigida pelo presidente Júlio de Castilhos, a Constituição Estadual de 1891, de cunho positivista, instituiu a liberdade profissional, garantindo que qualquer pessoa poderia exercer uma profissão, sem privilégio de nenhuma formação específica.

§ 5º - Não serão admitidos também nos serviços do Estados os privilégios de diplomas escolásticos ou acadêmicos, quaisquer que sejam, sendo livre

¹³ Para conhecer a história e funcionamento da UFRGS, pode ser consultada a página da instituição, disponível em <http://www.ufrgs.br/ufrgs>.

no seu território o exercício de todas as profissões de ordem moral, intelectual e industrial.

§17- Nenhuma espécie de trabalho, indústria ou comércio poderá ser proibida pelas autoridades do Estado, não sendo permitido estabelecer leis que regulamentem qualquer profissão ou que obriguem a qualquer trabalho ou indústria (Art. 71, 1963, p. 67-68).

A partir de 1895, todo aquele que desejasse exercer a medicina, farmácia, odontologia, obstetrícia e drogaria, poderia fazê-lo, mediante pagamento de taxa e inscrição no serviço de higiene, obtendo, assim, um registro. Isto de forma alguma era aceito pelos médicos e os colocava em luta, fazendo pressão contra estas medidas, desejosos da regulamentação da profissão.

Dentro deste contexto, em 25 de julho de 1898, por meio da união da Escola Livre de Farmácia e Química Industrial e do curso de Partos, foi criada, por iniciativa de particulares, a Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, terceira Faculdade de Medicina do país. A lógica aparente se inverteu e a hegemonia médica se impôs.

O corpo docente desta Faculdade era constituído por professores catedráticos, professores substitutos e preparadores. O professor catedrático, pelo menos teoricamente, era o mais apto para transmitir os conhecimentos da área, gozava de um lugar de distinção na Faculdade e fora dela, tanto em termos científicos como sociais.

Existia uma cátedra para cada disciplina considerada essencial na formação do médico. A cátedra era vitalícia para cada professor, sendo sua forma e

continuidade decididas por seu titular, que escolhia não só seus assistentes, como também o rumo das pesquisas (HASSEN, 1998).

No início do século XX, o ensino de medicina se circunscrevia ao repasse de conhecimentos científicos, sendo que o médico deveria, com a precisão possível, reconhecer os órgãos lesionados, classificando as lesões em termos dos grupos patológicos então conhecidos, e estabelecer a terapêutica.

Em 1900, após adaptar os programas de ensino aos das faculdades oficiais de medicina e efetuar mudanças nos estatutos, a Faculdade de Medicina e Farmácia conquistou a equiparação às faculdades oficiais do país e o conseqüente reconhecimento dos diplomas de seus formandos em toda a República. Enquanto isso, em 1903, era fundada a *Ford Motor Company*. Henry Ford implantava a organização do trabalho como produção em série. Cada operário realizava uma parte da produção ou uma operação. No Rio de Janeiro, no ano de 1904, a vacinação obrigatória, conduzida por Oswaldo Cruz, desencadeava uma Revolta.

No continente americano, do lado de cima do equador, corria o ano de 1910. Um relatório abalava as faculdades de medicina norte-americanas. Abraham Flexner, um conhecedor da educação superior e da educação médica, foi encarregado, pela *Carnegie Foundation*, de realizar um estudo da educação médica dos Estados Unidos. Obteve, como resultado de suas investigações, os seguintes dados: das 155 faculdades que investigou, apenas cinco tinham condições de formar médicos. Frente a isso, suas recomendações foram de que era necessário um menor número de escolas, mas com uma melhor qualidade.

Flexner voltou às faculdades no intuito de reformá-las, sendo então introduzido o internato, a residência, a ligação entre a faculdade e o hospital e a pesquisa como rotina no ensino. A ciência para Flexner significava "o manejo crítico da experiência, com a identificação de causas [...] ciência e medicina deveriam ter uma base comum, a investigação clínica e a prática científica sendo exatamente a mesma coisa, em espírito, método e objeto" (SCLIAR, 2001, p. 244).

Os conhecimentos avançavam e a tecnologia se aprimorava. No final do século XIX e início do século XX, a indústria química entra em ascensão, permitindo que, na Primeira Guerra Mundial, armas químicas (gases venenosos) fossem usadas. É também neste momento que financiamento farto foi usado para transformar o conhecimento científico em *algo prático*: os aviões foram testados durante a Primeira Guerra.

A Primeira Guerra Mundial provocou a morte brutal de milhões de seres humanos. A Europa foi arrasada e os Estados Unidos projetou-se como a maior potência financeira mundial. Em 1917, a Revolução Russa afrontava o mundo capitalista com suas idéias e práticas.

Nesta primeira metade do século XX, duas grandes revoluções científicas aconteceram no campo da física: a teoria da relatividade, que culmina com o trabalho de Einstein, e a mecânica quântica, desenvolvida por um grupo de cientistas europeus. Em 1920, a aplicação da energia nuclear para objetivos práticos era considerada impossível, inclusive pelos grandes cientistas. Porém, passado

apenas vinte anos, a Rosa de Hiroxima fazia o mundo chorar seus mortos. Era possível, sim, a aplicação da energia nuclear para objetivos práticos.

Logo a seguir, em 1927, foi fundado o Sindicato Médico Brasileiro, tendo por fim,

[...] promover a defesa e o amparo da classe, manter estreita solidariedade entre seus membros e ditar-lhes regras de conduta profissional nas relações entre eles, entre o médico e o cliente e entre o médico e as coletividades. (WEBER, 2001, p. 4).

Seria somente em 1932, no entanto, que a luta constante do grupo médico se veria recompensada, quando, pelo Decreto 20.931, de 11 de janeiro, o governo da República regulamentou o exercício da medicina e profissões afins. Porém, no Rio Grande do Sul, foi em 1938 que a profissão médica passou a ser regulamentada definitivamente. E, com isto, o registro de diplomas começou a ser feito no Departamento Estadual de Saúde, sob controle rigoroso, após registro no Departamento Nacional de Saúde.

No ano de 1931, pelo decreto N.º 20.530, de 17 de outubro, assinado por Getúlio Vargas, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre passou a ser considerada Instituto Federal. Três anos depois do "agrupamento de unidades isoladas e autônomas", colocadas sob a tutela do Estado pelo Decreto N.º 5.758, de 28 de novembro de 1934, foi criada a Universidade de Porto Alegre (HASSEN, 1998).

Em 1940, a penicilina foi isolada, passando a ser produzida industrialmente, marcando decisivamente a terapêutica. Na Faculdade de Medicina, a influência

francesa declinava, havendo uma ampliação da influência alemã pela difusão da indústria farmacêutica. No entanto, principalmente após a II Guerra Mundial, o pólo central do desenvolvimento médico passou a ser os Estados Unidos. Hoje, a medicina americana serve de modelo a maior parte dos países.

Com a incorporação, em 1947, da Faculdade de Direito, Faculdade de Odontologia de Pelotas e Faculdade de Farmácia de Santa Maria, a Universidade de Porto Alegre passou a denominar-se Universidade do Rio Grande do Sul (URGS). Em dezembro de 1950, a Universidade foi federalizada, através da Lei N.º 1.254, passando à esfera administrativa da União, e a chamar-se Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Na realidade, nos primeiros tempos, a Universidade funcionava como uma federação de faculdades, pouco ligadas entre si. A administração central em quase nada interferia nas suas autonomias, mesmo no que dizia respeito ao concurso para ingresso dos estudantes (HASSEN, 1998).

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul¹⁴ é, hoje, uma Instituição de Ensino Superior, constituída sob a forma de autarquia, de regime especial, vinculada ao Ministério da Educação, com personalidade jurídica própria e autonomia didático-científica, administrativa, financeira e disciplinar, tendo como objetivos fundamentais o ensino, a pesquisa e a extensão. Tem como finalidade essencial a educação superior e a produção de conhecimento filosófico, científico, artístico e tecnológico, integradas no ensino, na pesquisa e na extensão. A UFRGS é uma instituição complexa e diversificada, que abrange todas as áreas do conhecimento através de seus cursos de graduação e programas de pós-graduação, além de uma escola de

¹⁴ Informações Públicas, 2004.

ensino fundamental e médio e outra de ensino profissionalizante de nível técnico.

O corpo docente da UFRGS, tanto em relação ao ensino superior quanto ao ensino básico, é composto de professores, do quadro permanente, e substitutos. Os professores substitutos atuam sob a forma de contrato de duração temporária dentro de política implementada pelo MEC para redução emergencial das carências quantitativas do corpo docente.

A UFRGS constitui-se em corpo social, um bem público a serviço da sociedade, que se afirma através de sua capacidade de representação cultural, intelectual e científica. Enquanto universidade pública apresenta-se como a expressão da sociedade democrática e pluricultural, inspirada nos ideais de liberdade, de respeito pela diferença e solidariedade, constituindo-se em instância necessária de consciência crítica, na qual a coletividade possa repensar suas formas de vida e suas organizações sociais, econômicas e políticas (Estatuto, Art.2º, Título I). Seu papel não se destina somente a reproduzir estruturas e valores, é o lugar que acolhe as exigências críticas da sociedade, tornando-se um agente dinâmico a contribuir para a sua evolução histórica. Tais características da Universidade se fazem presentes nas contradições da FAMED/UFRGS.

O estudo clínico do curso de medicina, ainda nos anos 50, iniciado no terceiro ano, acontecia nas enfermarias da Santa Casa, sob o patrocínio de médicos da Faculdade e de profissionais da Instituição. Autônomas, submetidas à orientação implementada pelo seu chefe, que podia ou não ser professor da faculdade, conforme Hassen (1998), cada enfermaria era um mundo próprio, por vezes

independente da própria Instituição. Cada uma com seus métodos, regras, procedimentos e rotinas, cuja permanência no tempo era conseguida com a formação do sucessor do chefe, dentro das *leis* por ele fixadas. Na verdade, a identificação do estudante era muito mais com a enfermaria do que com a instituição como um todo.

Entretanto, a Faculdade desejava ter seu próprio hospital, melhores condições para o desenvolvimento das atividades curriculares. Desejo que ensaiou seus primeiros passos de concretude, quando em 1932, um decreto autorizou a obra, que, no entanto, só teve início em 1947. Após longa gestação, em 1970 nasceu o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mas não pertencia a Faculdade, como veremos mais adiante.

No movimento que vai das enfermarias da Santa Casa ao nascimento do Hospital de Clínicas, mudanças na própria visão de medicina foram se dando e repercutindo na formação dos médicos. Em tempos de enfermaria da Santa Casa, os pacientes tinham seu médico e este os conhecia pelo nome. Juntamente com a enfermaria, o médico era o ponto de referência dos que lá se encontravam para tratamento, e esta relação era considerada de vital importância.

PEM [...] eu vivi dois séculos e comecei meu treinamento na Santa Casa, pacientes totalmente sem proteção do Estado, tinham uma caridade ali, quando a Santa Casa era Santa. Era muito interessante, porque nós conseguíamos operar os pacientes, comprando linha nos locais de fazer bordado. As enfermeiras esterilizavam e se operava o paciente com fio não cirúrgico, não era o ideal, mas salvou muita gente. E começou a entrar a parte do Estado, primeiro os diversos institutos, e depois a unificação dos institutos, trouxe algumas coisas boas e outras terríveis também. Mudou o tipo de paciente também. O paciente totalmente desassistido continua existindo, diz que tem a universalização do instituto, não é bem assim. Ta cheio de gente que não chega nem perto do seu socorro. Eu acho que chegava mais antes na Santa Casa do que chegam agora, determinados

grupos sociais, claro que tão assistindo outros. E ao mesmo tempo o SUS atual dá cobertura para pacientes que poderiam pagar para si mesmo. É uma coisa injusta nos dois pólos. Essas são as modificações da acomodação de camadas que a gente pode ver. E isso termina prejudicando as vezes o exercício, as vezes o ensino também [...] a maior parte de nós estudantes íamos de bonde, e não de carro estacionando aqui como estão agora os estudantes, e tinha bastante humanidade sabes, tinha uma atenção direta, tinha menos tecnicismo e mais contato pessoal, mais usar estetoscópio, mais colocar a mão, sentar, conversar, segurar a mão do paciente, isso hoje em dia, tu manda fazer uma tomografia computadorizada. Qualquer estudante, qualquer residente manda pedir, de uma maneira quase indiscriminada, que dá um custo social enorme.

No entanto, ao longo dos anos, uma nova tendência se manifestava. A ampliação de possibilidades diagnósticas e de tratamento combinado promovia uma nova visão do paciente e sua doença. Não havia mais uma identificação tão profunda com um médico responsável. No seu lugar, havia equipes que atuavam no tratamento. O paciente continuava a ter o seu médico, mas, acima de tudo, era paciente do hospital.

De lá para cá, não somente a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de Clínicas foram campo de estágio dos alunos da Faculdade de Medicina. O foram e/ou ainda são, entre outros, também: o então, Hospício São Pedro, fundado em 1884, o Pronto Socorro de Porto Alegre, fundado em 1898 e a Unidade Sanitária Murialdo, criada em 1957.

Conferências e seminários proliferam na década de 50, segundo Lampert (2002), em diferentes partes do mundo, na tentativa de traçar linhas gerais para uma medicina preventiva¹⁵. Nos anos 60, a industrialização foi ficando mais intensa,

¹⁵ De uma forma resumida, podemos dizer que a medicina preventiva se caracteriza por ações que não se propõe a tratar a doença, mas a preocupação voltada para o sistema público da prevenção, ações de caráter geral, não centradas no indivíduo e nem por ele demandada.

também iam tomando corpo as propostas de uma medicina desligada daquela centrada no hospital. A corporação médica crescia, a especialização se intensificava e novas tecnologias de diagnóstico e tratamento eram incorporadas.

Em 1968, a reforma universitária alterou a estrutura didática e administrativa da Universidade. As cátedras foram extintas. Os Departamentos de inspiração norte-americana passaram a ser a unidade fundamental, reunidos em faculdades, institutos e escolas, que abrigavam os cursos de graduação e pós-graduação, laboratórios de pesquisa e projetos de extensão. Os colegiados passam a ser as instâncias decisórias. Na Lei desta reforma, Lei 5.540, a associação entre ensino e pesquisa é formalizada, porém não concretizada como regra. A maior parte dos professores que concluiu o curso neste período, se formou nesta concepção entre o que é ser professor e o que é ser pesquisador. Esta divisão segmenta o conhecimento, a produção de conhecimento e a concepção que organiza o ensino e a formação deste profissional.

Dois anos depois, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi constituído e instituído por meio da Lei nº 5.604/70¹⁶, como empresa pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado¹⁷, com patrimônio próprio e autonomia

¹⁶ Informações obtidas em publicação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

¹⁷ Tanto Gasparini (1995), quanto Meirelles (1996), definem Empresas Públicas como instituições paraestatais, geralmente destinadas à prestação de serviços industriais ou atividades econômicas em que o Estado tenha interesse próprio ou considere convenientes à coletividade. O que caracteriza uma empresa Pública é seu capital exclusivamente público, de uma só ou de várias entidades, mas sempre capital público. Sua personalidade é de Direito privado e suas atividades se regem pelos preceitos comerciais. É uma empresa, mas uma empresa estatal por excelência, constituída, organizada e controlada pelo Poder Público. Difere da autarquia e da fundação pública por ser de personalidade provada e não ostentar qualquer parcela de poder público; distingue-se da sociedade de economia mista por não admitir a participação de capital particular. As empresas públicas sujeitam-se ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto às obrigações trabalhistas. Os servidores da empresa pública, ingressam nos quadros da entidade por concurso público, porém estão regidos pela consolidação das Leis do trabalho, não adquirindo estabilidade. A

administrativa, vinculada à supervisão do Ministério da Educação e Cultura. Segundo declarações de domínio público, este é o único hospital escola com este tipo de regime jurídico¹⁸. A partir desse momento, os saldos dos créditos e recursos destinados ao hospital, deixaram de ter por responsável a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e foram então transferidos para o HCPA.

A mesma Lei 5604/70 estabelece em seu Art. 2º que o HCPA tem como objetivos:

a) administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar; b) prestar serviços à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a outras instituições e à comunidade mediante as condições que forem fixadas pelo Estatuto; c) servir como área hospitalar para as atividades da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; d) cooperar na execução dos planos de ensino das demais unidades da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cuja vinculação com problemas de saúde ou com outros aspectos da atividade do Hospital torne desejável essa colaboração; e) promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas; Parágrafo único - No seu objetivo de prestar serviços de assistência médica a Empresa dará preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas da comunidade.

Uma seqüência de eventos ocorre a partir de 1977, "quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o lema Saúde para Todos no ano 2000" (VENTURELLI, 2003, p. 2). Logo a seguir, 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, culmina com a elaboração da Declaração de Alma Ata, reforçando a proposta da OMS, e enfatizando a necessidade de ação urgente de todos, governos, trabalhadores da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade mundial, para promover a saúde de todos os povos do mundo. Em

criação de empresa pública depende de Lei autorizadora e integram a Administração indireta do Estado. Dentro dos limites de sua carta constitutiva a empresa age livremente.

¹⁸ Nos hospitais universitários que dispõe de endereços eletrônicos em rede fica explícito o vínculo com a universidade correspondente.

1986¹⁹, é realizada a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (Conferência de Ottawa) elaborando oficialmente proposta para atingir tal objetivo, embora centrada nas necessidades dos países industrializados. Partindo daí, a compreensão de saúde ampliou-se, no sentido de que:

[...] a saúde, então, não vem como um objetivo, mas como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas. Portanto, dado que o conceito de saúde como bem estar transcende a idéia de formas de vida sadias, a promoção da saúde não concerne, exclusivamente, ao setor sanitário. [...] as condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade. Qualquer melhora da saúde há de ter como base, necessariamente, estes pré-requisitos. (Ministério da Saúde: 2000)

Novos encontros ocorreram: A Conferência de Adelaide (Austrália), realizada em 1988, tendo como tema central as Políticas Voltadas para a Saúde - Políticas Públicas Saudáveis. A Convocação para a Ação: Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento, em Genebra, em 1989. Paralelo a isso se desenvolvia na área da saúde um interesse público cada vez maior sobre a questão da ameaça ao meio ambiente global, expresso pela Comissão Mundial pelo Desenvolvimento e o Meio Ambiente no seu relatório *Nosso Futuro Comum*, trazendo o tema do desenvolvimento sustentável.

Ao mesmo tempo, o neoliberalismo²⁰, tendência hegemônica desde fins dos anos 70, consolida-se, na década de 90, como ideologia que vai sustentar o que o capitalismo necessita para se manter e aparecer de um outro jeito. Esse aparecer é

¹⁹ Disponível <http://www.saudeemmovimento.com.br/profissionais/legislation/legislation.htm>.

²⁰ A questão do neoliberalismo é abordada por diversos autores, como Frigotto (1996, 2000, 2001a, 2001b, 2001c), Machado (1997), Oliveira (1999, 2000, 2003), Chauí (1999, 2000, 2003), Antunes (2002), Wood (2003), Löwy e Bensaid (2000).

ideológico e, como tal, explica, alimenta e justifica a globalização do capital com todas as suas aberrações, travestida de democracia e igualdade. Ideário caracterizado como tendo no mercado "um mecanismo natural, autônomo na regulação econômica e social universal, no individualismo um valor moral radical, na mercadoria a expressão máxima da realização da produção humana e no estado, um regulador da segurança da propriedade e da livre troca no mercado" (MELLO, 2004, p. 16).

1.3 Da divisão do trabalho ao trabalho de médico

Uma nova divisão internacional do trabalho se estabelece e os países periféricos se submetem às políticas de ajustes econômicos. Dentro do projeto social neoliberal, sob a influência hegemônica dos Estados Unidos, os países são direcionados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial (BM), entre outros organismos, a adotar políticas de reestruturação do Estado como forma de obter ou continuar obtendo financiamentos. Esse processo de reestruturação produtiva é acompanhado pela descentralização e precarização do trabalho, pelo esfacelamento dos direitos da classe trabalhadora e pela transformação da saúde, da educação, dos direitos socialmente conquistados em lutas históricas, em serviços, ou seja, mercadorias trocáveis no mercado.

PEJ [...] nós temos que ensinar também aquelas coisas que, por vezes, não são desejáveis no exercício da medicina, como, por exemplo, a iatrogenia, doenças causadas pelos médicos. É claro que uma parcela dos médicos vai me odiar, colegas. Se ocorrer uma iatrogenia, ninguém é infalível, se procura não errar. E se erra cada vez menos à medida que se

toma mais cuidados, entende mais daqueles procedimentos, entende mais o medicamento. Mas, às vezes, se é surpreendido, e a gente tem que colocar essas surpresas. Na literatura mundial isto não está escrito e eu não me atrevo nem a colocar isso porque um laboratório pode me matar.

A saúde, como mercadoria, implica na submissão do trabalho e do trabalhador (também do professor e do médico) às regras de mercado, segundo os interesses comerciais, em todas as implicações deste processo, na escolha de temáticas para pesquisa, para o ensino e para a extensão. O fio de Ariadne parece não poder percorrer algumas partes do labirinto, mesmo que elas possam levar para outras saídas. A globalização, mais do que uma abstração, torna-se concretude no cotidiano internacional. Por exemplo, na proibição da temática. Esta, por não ser "nobre" para uma nobre área e, que, por não poder reconhecer a possibilidade humana do erro, também não reconhece a possibilidade do aprendizado e da investigação da mesma.

As relações de trabalho para um novo mercado exigem um novo trabalhador: flexível, polivalente, pronto para a aquisição de informações diversificadas e cada vez mais específicas, que saiba se comunicar e trabalhar em equipe. Um trabalhador sempre atento às necessidades do mercado e individualmente responsável por sua própria educação.

PEB [...] as múltiplas atividades que a gente exerce, acho que é uma coisa brutal, tem a parte administrativa, organizacional, no serviço de [...] os professores é que são responsáveis por ela, desde escala. Essa parte da residência médica, a parte de participar de todas as reuniões, tanto como membro do serviço de [...] como aqui, a demanda de trabalho é muito grande. Falta de assessoria técnica, não tem, falta de secretaria para colaborar com isso. Tu não tens uma pessoa que te ajude, que faça, assim, o grosso do trabalho, que digite uma carta, que pense um pouco contigo. Há falta de salas pro professor, de material. A gente tem que ficar usando computador, o acesso à rede. Lá no serviço tem um computador para 100 pessoas quase. Essa divisão, essa distância entre a faculdade e o hospital,

é uma dicotomia entre serviço e departamento, então gera demandas muito diferentes que exigem das mesmas pessoas. O acúmulo de responsabilidades é grande. Aparentemente, às vezes o professor de medicina fica sendo acusado ou de não estar em sala de aula, ou de estar no hospital, mas é que é tudo junto, é uma mistura e ao mesmo tempo, tu atende tudo ao mesmo tempo. Muitas vezes eu acho que os alunos, realmente, ficam num segundo plano, às vezes tu estas dando aula, tem que atender outra demanda. Essa mistura ela é muito complicada. Ganha mal, é uma coisa que acho que impede que o professor fique, não dá pra sobreviver com que a gente ganha, tu tem que fazer outras atividades fora pra manter filho na escola, o padrão de vida, que, enfim, tu trabalhou tanto pra ter [...]

Dentro desse contexto, novas competências e habilidades são necessárias. A liberdade de escolha dos indivíduos, seus interesses, valores e méritos são o ponto de partida usado pelo neoliberalismo para fundamentar o "próprio movimento econômico, onde a mercadoria expressaria o próprio valor, que é confundido com as necessidades e desejos de consumo dos indivíduos" (MELLO, 2004, 75). Sendo tudo uma questão de escolha individual, a luta de classes inexistente.

No Brasil, os anos 90 são marcados pela proliferação de escolas médicas, onde, "apesar das recomendações de não abertura de novas escolas, cursos médicos são criados em várias regiões do país, duplicando o número de escolas em cidades de pequeno e médio porte" (BATISTA, 2001, p. 23). Mais escolas, mais alunos, mais professores de medicina, mais médicos competindo no mercado. Em 2005, a mídia mostra a posição das organizações da categoria profissional. A luta é a mesma.

Em termos mundiais, os encontros continuam: ocorre, em junho de 1991, a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Ambientes Favoráveis à Saúde (Conferência de Sundsvall). A 4ª Conferência Internacional sobre Promoção

da Saúde é realizada em 1997, em Jacarta, a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Buscou refletir sobre o que se aprendeu acerca do tema, reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no Século XXI.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária foram os marcos fundamentais, conforme Lampert (2002), do modelo de medicina preventiva e da promoção da saúde, marcos que influíram na formulação das políticas do setor saúde e estabelecidos no Art. 196 da constituição de 1988²¹. Porém, as mudanças na área da saúde, tais como em outras áreas, são permeadas por avanços e recuos, plenos de contradições e delimitados pela especificidade da sociedade em que se inserem.

Hoje, as escolas médicas já passam de cem e estão reunidas na Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Ao longo do tempo, a organização da profissão médica "formou uma forte corporação" em que, apesar de fragmentada em especialidades e sub-especialidades, "com serviços intermediados por empresas seguradoras, prevalece o discurso social de uma profissão única" (Lampert, 2002, p. 47).

O prenúncio da corporação médica é encontrado já na Antigüidade, evidenciado no juramento hipocrático: "Instruirei com preceitos, lições e demais

²¹ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

métodos de ensino meus filhos, os de meu mestre e os discípulos que me acompanhem... e a ninguém mais" (SCLIAR, 2002, p. 27).

Contudo, uma das contradições na corporação médica, e que se faz também presente na formação dos alunos deste curso, pode ser compreendida pelo movimento ideológico manifesto entre o discurso social de uma profissão única e a constatação de sua fragmentação. Chauí (1982, p. 3) nos auxilia lembrando que a ideologia é "a maneira que a sociedade, os grupos sociais, encontram de representar para si mesmos o aparecer social, econômico e político, que por ser imediato e abstrato, desvinculado do processo histórico, oculta ou dissimula o real".

Vamos puxando o fio, ligando o processo histórico social e os movimentos que vão conformando o trabalho acadêmico do professor de medicina, como um fio ideológico que a partir de uma base material percorre o labirinto, mas nem todos são caminhos do mesmo. Nestes caminhos do labirinto, as escolhas nem sempre são voluntárias, aparecem tendências contraditórias que, entre Prometeu e Sísifo, abrem espaço para Pandora.

II. DE CASTIGO DOS DEUSES A CRIADOR DO HUMANO

*[...] Mas ele desconhecia
Esse fato extraordinário:
Que o operário faz a coisa
E a coisa faz o operário.
De certa forma que, certo dia,
À mesa, ao cortar o pão,
O operário foi tomado
De uma súbita emoção
Ao constatar assombrado
Que tudo naquela mesa
- Garrafa - prato - facão-
Era ele que fazia
Ele, um humilde operário,
Um operário em construção [...]
(O operário em construção - Vinícius de
Moraes)*

Não são poucos os mitos que contam a vingança dos deuses sobre os humanos, através de castigos que remetiam ao trabalho. Assim, foi com Hércules, com Prometeu, com Sisifo. Eles mostraram que, pelo e no trabalho, foram transformando ou não a realidade na qual se encontravam.

No século XIX, muito longe do Olimpo, Marx, em toda sua obra, nos mostra que o trabalho é o fundamento da vida social e que por meio dele o ser humano,

situado no tempo e no espaço, cria e recria o mundo, a sociedade e nesse processo cria a si mesmo. Nesse sentido, o trabalho é intervenção no mundo, é luta política pela criação e recriação das relações sociais.

Assim, a saúde esta ligada às condições de vida, de trabalho, de acesso, de bem estar, de necessidades atendidas e, como diz Paulo Nunes²², amigo e colega desta e de outras jornadas, saúde é "uma forma de agir e reagir em sociedade". Assim, o trabalho humano em saúde se forma na universidade e na vida, mas o trabalho acadêmico do professor de medicina é na interface educação e saúde.

No entanto, cotidianamente, na sociedade capitalista, o trabalho como fundamento, como criador da condição humana é desconsiderado, num movimento que o transforma de "força criadora em alienação, mercadoria e força de trabalho" (FRIGOTTO, 2000, p. 28), para atender os desígnios do capital.

PEL [...] na verdade eu tinha um trabalho dentro do [...] com a residência, um trabalho importante, trabalhando planejamento, modelo assistencial, assessorando [...] houve um momento de retração dessa atividade, eles disseram: vocês são médicos, vão parar de fazer essas coisas e vão atender as pessoas. A gente tava montando uma estrutura com possibilidades de desenvolver muitas coisas, embora não fosse acadêmico. Eu fiquei meio sufocado nessa história de apenas ser médico, de só atender [...] foi um momento em que eu estava muito contido por estas coisas querendo fazer outras coisas [...].

Essa realidade, porém, longe de ser inerente a natureza do ser humano, é inerente, isto sim, à especificidade do sistema capitalista, que juntamente com a

²² Projeto de Dissertação de Mestrado defendido em 17 de agosto de 2004, intitulado A educação e a formação dos trabalhadores de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, no período de 1993 a 2004, e aprovado para passagem direta ao doutorado em junho de 2005 pelo PPGEDU/UFRGS.

inversão que realiza na natureza do trabalho, cinde as esferas sociais, dissimulando seus vínculos históricos e necessários. Cisão efetuada, especialmente, entre as esferas política e econômica, promovendo, dessa forma, uma despolitização e um esvaziamento do conteúdo social da economia, apresentando-a, então, como a-histórica e naturalizada (WOOD, 2003).

PEJ [...] diante das perspectivas, ofertas, das motivações, das satisfações que as instituições particulares estão dando para os professores qualificados das federais, eles estão simplesmente removendo, requisitando, comprando os professores das federais. Diante da escassez econômica não há quem resista. Professores das Universidades Federais estão com vínculo com as universidades particulares, recebendo fartos salários e apesar de ser proibitiva essa acumulação, não tem outra maneira, ou se permite isso ou definitivamente nós vamos a falência, é uma vergonha [...].

Naturalização da economia que, no entanto, cai por terra, se atentamos para o fato de que a forma como os homens produzem e com o que produzem é um processo dialético e historicamente específico, ao qual Marx denominou modo de produção (EAGLETON, 1999). Neste, a dinâmica das principais mudanças históricas está ligada às contradições, ao choque entre as relações de produção e às forças produtivas quando, então, um modo de produção dá lugar a outro. Essas contradições presentes em todos modos de produção no capitalismo se apresentam antagônicas.

[...] Em certo estágio de desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes ou, o que é a sua expressão jurídica, com as relações de propriedade no seio das quais se tinham movido até então. De formas de desenvolvimento das forças produtivas, estas relações transforma-se no seu entrave. Surge então uma época de revolução social [...] (MARX, 1977, p. 24-25).

Porém, as condições originais que permitiram ao homem ser produtor já existiam antes dele, nos diz Marx (1991, p. 83), "como pré-requisitos naturais da própria existência do produtor"; no entanto, os seres humanos, através da prática cotidiana, e na relação com essas condições materiais que existiam, foram desenvolvendo formas para se apropriar e dominar a natureza, conforme suas necessidades. Nesse processo, foram produzindo, entre si, determinadas relações sociais. Nesse sentido, o mesmo autor nos coloca que, embora como humanos façamos a nossa história, não a fazemos como queremos²³, não escolhemos as circunstâncias, mas a fazemos sob circunstâncias oriundas do passado e materialmente vivenciadas no presente de acordo com as relações materiais e, como nos diz Marx, independentes da nossa vontade,

[...] constitui a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e a qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência do homem que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência [...] (1977. p. 24).

A cada transformação na forma com que os homens foram se apropriando da natureza, a separação entre as condições e os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho foram se ampliando, até chegarem ao modo de produção capitalista, onde existe uma total separação entre as condições e os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho.

²³ Nada existe fora da matéria, e tudo o que é matéria é essência com diferentes atributos, o ser humano que é, é também, nesse sentido, natureza, matéria, e isso exige o implicar-se, porque o homem, que é natureza, cria a si mesmo ligado ao processo histórico. Faz a história sobre condições materiais historicamente dadas.

Nesse processo, é ainda Marx (1977, p. 25) que nos esclarece que, as transformações econômicas levam a alterações materiais "que se pode comprovar de maneira cientificamente rigorosa" e das imateriais (formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas) em resumo, das formas ideológicas pelas "quais os homens tomam consciência desse conflito". Assim como não se julga um indivíduo pela idéia que ele faz de si próprio, não se poderá julgar uma tal época de transformação pela mesma consciência de si. Ao contrário, explicar esta consciência pelas contradições da vida material, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção é o que reconhece a possibilidade desta transformação como praxis.

[...] Uma organização social nunca desaparece antes que se desenvolvam todas as forças produtivas que é capaz de conter; nunca relações de produção novas e superiores se lhe substituem antes que as condições materiais de existência destas relações se produzam no próprio seio da velha sociedade. É por isso, que a humanidade só se levanta os problemas que é capaz de resolver e assim, numa observação atenta, descobrir-se-á que o próprio problema só surgiu quando as condições materiais para o resolver já existiam ou estavam, pelo menos, em vias de aparecer [...] (MARX, 1977, p. 25).

Na *separação*, efetuada entre as condições e os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho, coube aos capitalistas a propriedade dos meios, condições e instrumentos de trabalho, o controle da distribuição e do consumo dos produtos, sendo o capital, em suas diferentes formas, o principal meio de produção. À outra *parte*, constituída pelos trabalhadores, como massa assalariada, privados dos meios de produção e na luta pela manutenção da existência, coube somente a *propriedade* das condições pessoais de produção, ou seja, de sua força de trabalho, colocada à disposição dos proprietários dos meios de produção, no mercado de compra e venda de *mão-de-obra*.

Mercado onde se dá um processo de produção de natureza social, mas cuja apropriação do resultado é privada, contradição insolúvel no modo de produção capitalista, e de onde emerge a luta de classes.

PEG [...] e muitas vezes as pessoas dizem: ah, o médico ganha bem. Mas esse profissional gasta muito mais do que o profissional comum, pois o indivíduo que é torneiro mecânico e veste macacão o dia inteiro, que não vai a congresso, o salário dele quase todo sobra, porque ele não gasta com roupa, não gasta com transporte. É uma coisa diferente, tu tens um custo maior. Veja, a consulta médica em um país desenvolvido gira em torno, na Europa, de 60 euros, imagina isso em termos de salário. Lá todo mundo paga, mesmo com seguro saúde eles pagam uma parte e o seguro outra. O valor básico da nossa consulta é 20 reais [...].

Mercado onde o "capital se apropria não do trabalhador, mas de seu trabalho", e também do trabalho do médico e não de forma direta, "mas por meio da troca" (MARX, s/d p. 381). Sendo que a apropriação do resultado do trabalho assalariado, produzindo mais valia, permite a ampliação do capital. O processo de trabalho ocorre, dessa forma, entre coisas de propriedade do capitalista.

PEJ [...] anamnese, a conversa, é fundamental. Só que, tem um pequeno probleminha, por R\$ 2,50, não tem como você atender bem o paciente. Se você atender bem ele, meia hora pelo menos, você não vai conseguir pagar nem seu aluguel, nem comida com esse valor. Os convênios são grandes exploradores do trabalho médico [...].

Vendendo sua força de trabalho a um valor/hora fixo, o tempo gasto no atendimento ao paciente precisa ser menor e a quantidade de pessoas atendidas, maior, ampliando, assim, o valor percebido no total de atendimentos. Ou ainda, expresso pela demanda do mercado, regulado pela lei de oferta e procura, menor número de médicos para aumentar o valor/hora de trabalho. Ao mesmo tempo, ao reduzir o tempo de atendimento/paciente, o trabalho produz mercadoria-saúde, e

excedente. Conforme Marx (1968), "um valor de uso ou um bem, só possui valor, porque nele está materializado o trabalho humano, substância criadora de valor" (p. 45). Sendo que, a "substância do valor é o trabalho, a medida de sua grandeza é o tempo". Porém, no sistema capitalista "esses produtos passam a representar apenas a força de trabalho humano, gasta em sua produção, o trabalho humano que nele se armazenou". Porém, uma coisa pode ser valor de "uso sem ser valor de troca, pode ser útil e produto do trabalho humano" (p. 47), sem ser mercadoria. O "produto, para se tornar mercadoria, tem que ser transferido a quem vai servir como valor de uso por meio da troca" (p. 48).

PEB [...] ou trabalha independente do salário, ou constrói uma vida decente somando a universidade com a vida lá fora, o que a medicina permitia nos outros anos, e hoje com a massificação também não, ele já não é mais um profissional bem sucedido, ele é um assalariado, tem 3, 4 empregos, então, pro professor não é diferente. Mas pra tirar um professor, de uma estrutura mínima que é um hospital, que pelo menos tu te sente capaz de dar algum grau de resolução e transformar ele, mais frustração ainda quando tu pega um paciente que economicamente não consegue chegar no posto, ou não consegue comprar o remédio que tu passas, ou que tu vai chegar em casa e não vai ter comida, quer dizer, parece jargão, mas não existe saúde, não existe tratar dor de garganta se chegar lá e ele não tem comida, não tem antibiótico, não tem um chá quente pra tomar, sei lá [...].

É no ato de troca, ali onde os humanos agem como se estivessem trocando equivalentes, que se localiza o fetiche da mercadoria, ou seja, como se dessem relações entre coisas, quando as relações que ali estão são relações entre pessoas. Assim, a "produção capitalista produz valores de uso apenas por serem e enquanto forem substrato material, detentores de valor de troca, mercadoria". Mercadoria que "produz valor e valor excedente valor, maior que o conjunto de mercadorias necessárias para produzi-la" (MARX, 1968, p. 211).

Podemos ver então, que de natural não há nada na economia, nem na divisão da sociedade em classes, mas processo histórico feito e refeito pelos próprios homens, por meio do trabalho. Processo, que traz em seu bojo contradições que exigem enfrentamentos na busca de soluções, e que por sua vez gestam novas forças contrárias que num dado tempo se manifestarão, visto que a realidade é um constante devir, movimento gerado pela tensão das necessidades materiais que surgem e da luta dos grupos em enfrentamento. Movimento esse, que Marx desvela ao mostrar o processo no qual:

[...] a burguesia, classe dos capitalistas, desenvolveu-se gradualmente, na medida em que as condições para a sua existência foram surgindo, dividiu-se de novo em diversas facções conforme a divisão do trabalho verificada e, finalmente, absorveu todas as demais classes possuidoras, enquanto paralelamente, forma uma nova classe, integrada pelos não-proprietários e parte dos que até então eram possuidores: o proletariado. Estas transformações se produzem na medida em que as formas de propriedade existentes vão se transformando em capital industrial ou comercial. [...] (MARX, 1991, p.32).

Assim, a divisão do trabalho, inerente à vida humana em sociedade, ao longo dos tempos e de acordo com o modo de produção, assumiu diferentes formas. No modo de produção capitalista, essa divisão pressupõe a concentração dos meios de produção nas mãos de um capitalista e a dispersão dos meios de produção entre produtores de mercadorias, independentes entre si, passando "o processo de trabalho a ser apenas o consumo da mercadoria força de trabalho, mas que para ser consumida necessita que a ela sejam adicionados meios de produção" (MARX, 1968, p. 210).

PED [...] fundamentalmente trabalho dentro do hospital, ocupado a manhã toda sem parar, isso e isso, toca e toca, aqui e ali, deixou de ser um professor que tem que ter espaço para pensar, para discutir, para refazer,

para ser um cumpridor de tarefas. Quando ele é professor, vai fazer assistência, leva junto os alunos, o objeto de sua assistência muitas vezes são populações que fazem parte dos protocolos de pesquisa então, ele tem que fazer a mesma coisa simultaneamente, essa é que é a grande dificuldade, as vezes fica com muito pouco espaço para sentar. Quem tem bastante clínica, tem nome na sociedade, atende em outros hospitais também. Ele cumpre seu horário na faculdade, mas aquele algo a mais de participar da filosofia, da discussão, de ter paciência de sentar e ouvir o outro colega [...].

Chegamos, então, ao século XXI, onde como sociedade alcançamos um desenvolvimento inacreditável. Em poucos segundos, ficamos sabendo de algo que ocorre do outro lado do mundo; o deciframento do código genético do ser humano avança a passos largos; equipamentos sofisticados permitem exames e cirurgias precisos. Ao mesmo tempo, milhares de pessoas morrem de fome. A quem beneficia tantos avanços, frutos do trabalho? Quem usufrui destes resultados?

Num movimento metamórfico de sobrevivência, o capitalismo atinge cada vez mais um requinte de perversidade assustador, onde incorpora reivindicações que a classe dominada, através de suas lutas, fez ouvir e transformou em conquistas, e as esvazia de sentidos, as aplaca. Conforma assim as consciências, dando ao ser social a aparência harmônica.

Seus ideólogos o propagam como um sistema voltado para o respeito à diversidade, cioso do fraterno estabelecimento de parcerias entre os diversos grupos sociais, estimulador da participação popular nas mais diferentes instâncias, dando a ver a imagem de uma sociedade onde não existe conflito de classes. Uma sociedade que, conforme Chauí (2003), aparece como "uma rede móvel e efêmera", e não como construção humana. Uma sociedade sem passado, sem memória e sem

história. Estratagemas que legitimam a democracia formal e um capitalismo *humanizado*.

Nesse contexto, entre perplexos e indignados, observamos a um constante movimento de expropriação, que assume no econômico a forma de expropriação do trabalho, no político, lembrando Francisco de Oliveira (2000), a *expropriação da fala* e no cotidiano a expropriação da existência como humanos, como sujeitos históricos. Onde tudo vira mercadoria, inclusive, a vida.

Conforme Frigotto (1996, p.78), vigora "no plano cultural, ideológico e ético-político a naturalização da exclusão ou a exclusão sem culpa e a idéia de que não há outra alternativa possível que não seja a refuncionalização do capitalismo". Capitalismo que bem sabemos, nem sempre existiu.

Dentro disso, a ciência e o conhecimento tornam-se forças produtivas inseridas na lógica do mercado. Deixam de ser "um bem da humanidade e passam, conforme Chauí (2003), à categoria de instrumentos mercadológicos", resultantes de uma utilização do processo produtivo.

PEN [...] aí as verbas pra pesquisa vem para focos específicos, interesses comerciais, um grande financiador das pesquisas médicas é a indústria, não que os trabalhos não sejam sérios, são sérios, mas existe o estímulo da indústria [...].

É no bojo desta realidade que se inserem a educação, a saúde, a medicina e particularmente o trabalho acadêmico do professor do curso de medicina, que se encontra na articulação educação e saúde, com suas formas de intervenção no

mundo, como praticas sociais que se definem nos diversos espaços da sociedade, possuindo uma diretividade, um endereçamento, e que são essenciais na/da luta hegemônica.

PEI [...] eu comecei a me dar conta que o aluno é mais esperto, no sentido de que ele se dá conta por onde passa o poder, e ele vai buscando e se insere ali. No começo eu achava uma coisa assim, eu ficava atrapalhada com isso, mas hoje eu acho que isso é a lei da sobrevivência, eu entendo o meu aluno que é todo ligado comigo e quando eu vejo, ele se insere dentro de um nicho que é mais visível, uma pessoa não pode ficar na invisibilidade ou sem ter um espaço para ganhar a sua vida. Como é que vamos querer passar pro aluno a tua visão de mundo se ela precisa de muito mais trabalho pra sobreviver? Se ele vai pra vila, e vai trabalhar bem na vila, também não vai ter visibilidade.

Luta na qual se manifesta a relação das forças que se enfrentam, e que determinam uma dada situação. Determinação esta que se estabelece no momento em que a luta antes puramente econômica de um grupo se eleva a um plano universal, a política, criando dessa forma "a hegemonia de um grupo social fundamental sobre uma serie de grupos subordinados" (GRAMSCI, 1974 a, p.42). Hegemonia onde direção e dominação são momentos dialeticamente ligados.

PEL [...] porque não houve um ato médico até hoje? porque na verdade para os médicos, sempre se achou que a situação tava dada, mas com o aparecimento dos outros profissionais, de outras profissões, por exemplo a questão dos métodos diagnósticos, disputa com a farmácia, com a Bio medicina, têm mercados que estão sendo disputados por 5 profissionais hoje, de diferentes formações, que têm entradas completamente diferentes no sistema. Tem muita briga corporativa, vê, ninguém mais pode medir pressão, só a enfermagem e não se discute o impacto disso em saúde pública. Todas as profissões têm que rever seu ato, tem muita coisa que prejudica a população. Isso é muito difícil em função das corporações. A maior parte dos profissionais de saúde é contratado de forma ilegal. O próprio Estado, contrata de forma ilegal e isso não se discute.

PEF [...] agora que ta tendo uma pequena mudança, na medida em que tu tens, digamos assim, filhos de médicos com prestígio na sociedade, que já estão enveredando para essa área, então, isso de alguma maneira qualifica

outros profissionais, que são bons profissionais e que podem discutir de igual para igual com outras especialidades isso já muda a forma como a sua especialidade é vista. As coisas estão mudando, há pressão para que as coisas ocorram de forma diferente [...].

Foi dessa forma que, historicamente, a burguesia, encarnando em si o interesse ou a *vontade geral*, ou seja, dos diferentes grupos sociais, foi revolucionária, e em seu nome consolidou-se como classe hegemônica, adotando, então, os seus interesses como expressão da vontade geral. Por outro lado, esse mesmo movimento, historicamente constituído, gera, em seu bojo, uma contra-hegemonia.

PEB [...] não existe boa medicina sem dinheiro, sem aplicar ou na formação, nas instituições, nas pessoas, nos postos de saúde pra ter condições de receber o paciente e o aluno. Essa conjunção ela tem que ser construída.

PEE [...] eu tinha um aluno que não gostava, ele não queria, rebelde. Pra que eu quero tudo isso? Eu disse: tu queres isso, porque um dia que uma pessoa tiver um problema no nariz e ela vier te procurar, não vem o nariz consultar, vem uma pessoa que tem um problema no nariz. Essa pessoa ela tem sentimentos, ela mora em algum lugar, ela ganha ou não ganha dinheiro para comprar o remédio, ela sabe ou não sabe ler a receita, ela tem toda uma vida, toda uma história, essa coisa do nariz pode fazer parte de uma doença sistêmica, o remédio que tu vai receitar pro nariz pode fazer mal pra pressão dela. Então, é por isso que tu tem que aprender medicina geral, uma boa formação geral.

Mas tem nuances diferentes que apresentam um outro olhar sobre a saúde:

PED [...] alunos que chegaram pra mim, na hora de fazer anamnese, de colher os dados com o paciente, eles não colocavam o endereço, era só o nome. Eu disse que não estava completo e que fazia parte do princípio de respeito à pessoa, perguntar onde mora. Ah, o aluno disse, pra que isso? Vou te dar um exemplo, todo doente que chega no hospital, ele ta inferiorizado, ta triste, ta com medo de morrer, ta afastado de seu ambiente,

se ele chega aqui e você nem se preocupa em saber a rua onde ele mora, ele vai te considerar um estranho, não vai querer se aproximar de ti. Agora, se de repente, ele te diz que mora na rua tal e tu conhece aquela rua, e tu conhece uma pessoa daquela rua, é outro ambiente. O aluno dizia: nosso professor de [...] diz que isso é burocracia do hospital e não tem nada a ver com a gente. Um dia, a pessoa que mais reclamou disso foi comigo falar com uma paciente que veio do interior. Sentei e comecei a falar com ela, que começou a chorar e disse: ninguém sentou aqui do meu lado, faz seis dias que to aqui, eu fui no médico do interior, porque a filha disse que era bom ir no médico de vez em quando porque eu já tinha uma certa idade, aí o médico me pediu uns exames de sangue, depois me botou numa esteira, me fez andar lá, me fez um eletro com aquela esteira andando e sai da esteira e ele deu uma carta dizendo que minha filha tinha que me trazer para Porto Alegre, que eu tinha que fazer um tal de cateterismo, eu vim aqui e agora tão me dizendo que eu tenho que operar o coração e ninguém me diz porque e eu nunca tive doente. E chorava. To sozinha aqui, to com saudade das minhas filhas, meus netos, e to aqui para operar o coração. Perguntei onde morava, qual rua. Ao ouvir a resposta, a guria que reclamou deu um pulo e perguntou: Qual é a rua que tu mora? Ela respondeu. Aí ela disse: Mas tu é vizinha da minha vó. Veja bem, isso foi uma alegria grande. A guria quis ficar com ela e fez uma amizade grande.

2.1 A ideologia, a hegemonia e o trabalho acadêmico do professor de medicina.

Afirmando que os homens tomam consciência dos conflitos na base econômica da sociedade por meio das formas ideológicas, Marx (1977), como foi afirmado anteriormente, empresta a Gramsci o fio para suas reflexões. Esse afirma que a construção de hegemonia cria um novo terreno ideológico e nesse mesmo movimento "determina uma reforma das consciências e dos métodos de conhecimento, é um fato de conhecimento" (GRAMSCI, 1987, p. 52).

Para o autor a ideologia é mais de uma, e, nesse sentido, distingue as "ideologias historicamente orgânicas, necessárias" a uma certa estrutura e que "organizam as massas humanas", pois formam o terreno em que *os homens se movem*, adquirem consciência da sua posição e lutam; e, as "ideologias arbitrárias", aquelas que criam apenas "movimentos individuais, polêmicos". Podemos encontrar

a materialização dessa distinção, quando ele afirma que as "forças materiais são o conteúdo e as ideologias a forma", embora conforme o próprio autor, essa diferenciação entre a forma e conteúdo seja um recurso didático, pois "as forças materiais não seriam concebíveis historicamente sem a forma e as ideologias seriam caprichos individuais sem as forças materiais" (GRAMSCI, 1974, p.103).

Na sociedade capitalista ocidental, Gramsci salienta que não basta tomar o poder, é necessário construir hegemonia. E construir hegemonia é construir uma outra ideologia que se compromete e se compromissa com uma outra forma de olhar, ver, entender, explicar, de conceber e de constituir esta sociedade, e que, assim, seja capaz de dissolver, de enfrentar, de cimentar uma sociedade que seja organizada num outro referencial que não apenas o da construção da mais valia. Para um projeto alternativo de sociedade, uma ideologia capaz de produzir uma relação diferente.

Portanto, a ideologia é concebida por Gramsci, de forma ampliada, que embora determinada pelo econômico, configura também um elemento ativo, com certa autonomia, e que permeia todas as atividades do ser humano, bem como as relações que estabelecem entre si e com a natureza. Assim, se por um lado a ideologia dominante é reconhecida como eficiente instrumento de dominação, por outro lado é também reconhecida como possibilidade e necessidade enquanto resistência e luta contra a dominação de classe.

Dialogando com estes autores com os quais venho construindo esta pesquisa, sejam os citados ou os que acompanham esta realização, penso que tanto

Chauí²⁴, ao definir ideologia, quanto Bourdieu²⁵, com o conceito de *habitus*, reforçam a permanente presença da ideologia na sustentação das relações que os homens estabelecem entre si, como as explicam, as mantêm ou as transformam, enquanto coletivo. Isto, de acordo com Gramsci, esta sempre presente e varia conforme a posição e inserção de classe.

Ao contrário de Bourdieu, e tomando Gramsci como referência, digo que o *habitus* enquanto princípio gerador e unificador, esta, ele próprio, também conformado pela ideologia dominante de classe, ou fração dessa, a que pertence este *grupo de agentes* (entendido como grupo que desenvolve um mesmo tipo de ação, seja ela profissional, religiosa, cultural). Assim, por meio da ideologia se sedimenta não só a explicação das relações sociais e do mundo, mas as próprias práticas e sua automação, desenvolvendo-se então, o mecanismo de alienação social, no sentido de que tais agentes não se percebem como quem estabelece estas praticas, estas relações, naturalizando-as.

PEN [...] o nosso aluno é um aluno diferenciado, com uma alta capacidade cognitiva intelectual [...]

²⁴ Para Chauí (1982), a ideologia é uma forma específica do imaginário social moderno, é a maneira necessária pela qual os agentes sociais representam para si mesmos o aparecer social, econômico e político, de tal sorte que essa aparência, que não devemos simplesmente tomar como sinônimo de ilusão ou falsidade, por ser o modo imediato e abstrato de manifestação do processo histórico, é o ocultamento ou dissimulação do real. Fundamentalmente, a ideologia é um corpo sistemático de representações e de normas que nos "ensinam" a conhecer e agir (p. 3).

²⁵ Atentando ao diretamente sugerido pela Professora Doutora Eliana Claudia Ribeiro no parecer escrito sobre o Projeto desta dissertação e em conversa busquei sustentação em outros autores. Para Bourdieu *habitus* é "um sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes. Tais práticas e ideologias poderão atualizar-se em ocasiões mais ou menos favoráveis que lhe propiciam uma posição e uma trajetória determinadas no interior de um campo intelectual que, por sua vez, ocupa uma posição determinada na estrutura da classe dominante" (p. 191).

PEJ [...] eu sempre considero os alunos da medicina, a nata do estudantado, são muito responsáveis e bastante educados [...].

A entrada no curso de medicina é naturalizada como alta capacidade cognitiva dos alunos, conduzindo da mesma forma à naturalização do médico como alguém dotado de alta capacidade cognitiva. Esta afirmação é tomada como uma verdade. Não havendo qualquer questionamento, qualquer reflexão, sobre as condições materiais que permitiram, à maioria destes alunos, terem vencido a competição do vestibular. Quais as condições de acesso ao conhecimento? Necessitam trabalhar enquanto estudantes ou não para sobreviver? Tal condição liga-se ao tempo disponível para preparar-se para o vestibular, isto se tiverem como pagar um curso preparatório para o vestibular. Ao naturalizar a condição dos alunos, acabam por justificar a si mesmos como egressos deste curso, em sua maioria.

Como então justificar a total incapacidade operacional e de trabalho verificada nas respostas dos alunos nos processos de avaliação do MEC? Exercitando argumentos poderíamos dizer que há uma intencionalidade na recusa em participar dos Exames de qualificação o chamado "Provão", hoje, ENADE. Ainda assim, os professores repetiram "o médico sai muito mal formado" ou "na pratica não tem formação para fazer nada além de consultas" (registros de observação de situação de aprendizagem do Diário de campo - 2004-2005)

Na própria ideologia estão presentes contradições. Por um lado, as idéias dominantes em uma época, numa dada sociedade, são as idéias da classe que é dominante. O grupo hegemônico, ao dominar e dirigir, por meio da moldagem da

consciência social torna as suas idéias dominantes, e, assim, homogeneíza os pensamentos, tornando-os representações coletivas gerais, o chama senso comum.

PEI [...] eu só me admitiria como professora de universidade pública, como só me admiti fazendo o curso de medicina na escola da UFRGS, porque eu acho que tenho um compromisso maior social, e vou te dizer uma coisa, tem um espaço de liberdade de pensar que é característico da Universidade Pública, e isso não tem preço. Porque numa universidade que é privada, ela é paga, ou ela esta em função de um grupo religioso, empresarial que paga ou coisa assim. Tem toda uma visão de mundo que tu tens que estar ali dentro, agregada a eles funcionando. Já na Universidade Pública eu penso que há o nosso compromisso com a liberdade de pensar e com a diversidade, isso eu não abro mão é por isso que me parece que estar na Universidade Pública diferencia. Até pode se ter menos recursos, pode se ter menos vamos dizer assim, condições. Acho que tem que haver universidades privadas, que bom que existem, bem definidas com filosofia bem definidas. Agora, eu como pessoa, me dá muita satisfação, eu estou no lugar onde se busca o conhecimento sem estar atrelado a nenhum compromisso ideológico [...].

Por outro lado, há o proposto por Gramsci, quando fala de uma ideologia orgânica que vai "cimentar" a consciência do grupo dominado para uma luta consoante com um novo projeto de sociedade, possibilidade que se contrapõe ao projeto capitalista. Assim, somos sempre comprometidos e compromissados com uma ideologia.

Não se trata, pois, de se ver o *tamanho* do lugar onde isso se manifesta, se macro ou micro, mas sim a sua essência²⁶, que esta no geral²⁷ e no particular²⁸. A ideologia nos permite entender esta relação. A essência do que esta no geral e no particular é aquilo que ideologicamente se manifesta, seja na construção de uma

²⁶ De acordo com Cheptulin (1982, p. 152), a essência é o conjunto de todos os aspectos e ligações necessárias e internas (leis), próprios ao objeto, tomados em sua interdependência natural.

²⁷ Conforme Cheptulin (1982, p. 194), As propriedades e ligações que se repetem nas formações materiais constituem o geral.

²⁸ O particular é a unidade do singular e do geral, onde o que distingue os objetos confrontados constitui o particular (CHEPTULIN, 1982, p. 196).

política pública assinada com o Banco Mundial (BM), com o Fundo Monetário Internacional (FMI), que constitui o projeto neoliberal que se manifesta nas Diretrizes Curriculares, trabalhando com as competências, seja na forma particular como estas Diretrizes são apropriadas pela instituição universidade, dentro da Faculdade de Medicina, seja na relação que os professores estabelecem com os alunos, com o conhecimento. O fio condutor da ideologia é exatamente o mesmo, articulando então, o geral e o particular.

Desvelar o Trabalho Acadêmico do professor de Graduação em Medicina é, apreender com que projeto de sociedade este trabalho esta ideologicamente comprometido, compreender as relações desse trabalho com esse projeto de sociedade e sua organicidade com um processo de mudança na educação médica. É ver a possibilidade desse trabalho acadêmico se transformar, enquanto educação médica, ou seja, numa relação dialética, no próprio trabalho de transformar a si mesmo, enquanto trabalho de professor.

Porém, isso exige de quem o desenvolve, ou seja, os professores e as professoras, um caminhar coletivo que questione e tensione o que esta naturalizado: as concepções de sociedade, de ser humano, de educação, de saúde, de medicina, de educador, de aluno, de médico. A tomada de consciência necessária para a construção de um projeto de sociedade alternativo ao hoje vigente.

PEH [...] o currículo do curso de medicina deve ser um grande internato, não vejo a necessidade de ter um internato de 2 anos, acho que aquela política, aquela metodologia, aquela formação, aquela idéia que prevê internato no qual o aluno tem mais chance de fazer, devia ser desde primeiro semestre um grande internato.

Todavia, não se trata de pura vontade, mas é o devir autonomia em suas determinações, onde:

[...] o homem ativo da massa age praticamente, mas não tem uma clara consciência teórica deste seu agir que é também um conhecer o mundo enquanto o transforma. Podemos quase dizer que tem duas consciências: uma implícita no seu agir e que realmente o une a todos os seus colaboradores na transformação prática da realidade, e outra superficialmente explícita que herdou do passado e acolheu acriticamente. Esta o reata a um grupo social determinado, influi sobre a direção, à vontade [...] a compreensão crítica de si mesmo advém, portanto, através de uma luta de hegemonias políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, para chegar a uma elaboração superior da própria consciência do real (GRAMSCI, 1974, p. 40-41).

Nesse processo, como referi anteriormente, a luta de hegemonia travada em diferentes esferas da sociedade se faz presente nas instituições de ensino e de saúde e, fundamentalmente, no processo de trabalho, onde se defrontam forças contraditórias e diversos interesses, e que nesse mesmo movimento geram possibilidades.

Aí, e exatamente aí, reside um tempo e um espaço de engendramento de um outro olhar, de um outro fazer. De um engajamento, onde o sujeito individual / sujeito coletivo, como conjunto, articulados, podem se reconhecer como autores, como sujeitos históricos, cuja formação se dá nos atos e movimentos desenvolvidos na luta.

Seja como atos e movimentos desenvolvidos como construção coletiva de um projeto de sociedade que priorize as necessidades do ser humano, e que, portanto, repudie o aviltamento da educação, da saúde, da medicina como mercadorias; seja como atos e movimentos desenvolvidos na luta e na participação por um monopólio.

Um exemplo claro desse repúdio à mercantilização nos é dado pelo Código de Ética Médica, em seu Art. 9º, onde coloca que "A medicina não pode, em qualquer circunstâncias ou de qualquer forma, ser exercida como comércio" (1988, p. 16).

Mas, como diz Freire (2000a, p. 54), com sabedoria, "a transformação do mundo a que o sonho aspira é um ato político, e seria ingenuidade não reconhecer que os sonhos têm contra-sonhos". É necessário, pois, construir alternativas para enfrentar os contra-sonhos que acabam, pela conformação realizada pela ideologia, sendo assumidos, acriticamente, como verdades e regras. Rever esse processo implica uma elaboração crítica do mundo, cujo início

[...] é a consciência daquilo que se é realmente, isto é, um conhecer-te a ti mesmo como produto do processo histórico que até agora se desenvolveu e que deixou em ti mesmo traços acolhidos sem benefício de inventário. É preciso inicialmente fazer este inventário (GRAMSCI, 1974, p. 27).

Para tanto, há que se percorrer o dolorido e necessário processo de deparar-se com as contradições e sobre elas debruçar um olhar atento que desvele as relações que, em sociedade, construímos e estabelecemos. E nesse caminhar, no exercício do *diálogo*²⁹, com o tensionamento inerente ao encontro de diversidades, cultura/ indivíduo/ etnia/ religião/ áreas de conhecimento, que precisam ser pontuadas, mesmo que não sejam objetos deste estudo, é que vamos alicerçando a construção da possibilidade de uma nova cultura, o que

²⁹ Conforme Freire, o diálogo é o momento em que os humanos se encontram para refletir sobre sua realidade tal como a fazem e refazem, sobre o que sabem e o que não sabem, podendo a seguir atuar criticamente para transformar a realidade. É um conhecer e reconhecer a realidade. (2000b, p. 125).

[...] não significa apenas fazer individualmente descobertas originais. Significa também e especialmente difundir criticamente verdades já descobertas, socializá-las por assim dizer e fazer com que se tornem em bases de ações vitais, elementos de coordenação e de ordem intelectual. Que uma massa de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de uma maneira unitária o real presente é um fato 'filosófico' bem mais importante e 'original' do que a descoberta, feita por um 'gênio' filosófico, de uma nova verdade que permanece patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 1974, p. 28).

Nesse sentido, no Brasil, na última década do século XX, assistimos a movimentos que acreditam que *um outro mundo é possível*, como, por exemplo, o Fórum Social Mundial que agrega pessoas e entidades representativas de todos os continentes e das mais variadas áreas do conhecimento e da atuação humana. Movimentos que lutam, pelo projeto de uma sociedade onde *as fomes* dos seres humanos sejam satisfeitas, não se limitando ao prato de comida, objetivando então, transformar a realidade num *outro mundo possível*, tal como manifestam as várias reuniões do Fórum Social Mundial nos últimos seis anos.

Entretanto, sabemos que isso não é fruto de uma determinação direta, de um desenvolvimento espontâneo ou da vontade e decisão deste ou daquele indivíduo/movimento/instituição, nem é feito por decreto. As possibilidades de transformação das relações sociais se constituem numa relação orgânica entre o econômico e o ideológico, articulada por meio da atividade política, num processo de lutas que vai se desenvolvendo na dialética destruição/construção. E que não se apresenta fácil dentro de uma sociedade capitalista onde cada vez mais as desigualdades sociais e econômicas alcançam proporções gigantescas, onde tudo se subordina aos desígnios do mercado. Há um processo de inversão de prioridades. As necessidades do ser humano passam a ser secundarizadas frente aos interesses do capital.

A Constituição Brasileira de 1988, incorporando reivindicações originadas na/da luta engajada de homens e mulheres por uma sociedade mais justa e solidária, estabeleceu princípios a partir dos quais foram promovidas políticas públicas de educação e também da saúde. Em relação à educação, a partir de um amplo debate nacional entre os diversos segmentos a ela ligados, é elaborado projeto de construção de suas Diretrizes. Este projeto, após alterações, é aprovado, e é promulgada a Lei 9394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), que incorpora ao seu corpo o Ensino Superior³⁰.

As políticas educacionais vigentes, nesse sentido, vêm correspondendo ao que apontam organismos internacionais, como o Banco Mundial (BM), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Estas políticas visam produzir as condições necessárias à face atual da reprodução do capital, instituindo na educação a lógica do mercado e a mesma precarização que já se instalou no mundo do trabalho.

Em relação à saúde, o texto constitucional afirma (Art. 196) que esta é um direito de todos e dever do Estado, legitimando o Sistema Único de Saúde. A concepção de saúde como direito de todos, bem como o arcabouço institucional do SUS, inserem-se num processo mais amplo de lutas políticas, onde foram forjados estes princípios e diretrizes, acolhidos na Constituição, e que, como nos diz Mattos (2001), "deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década

³⁰ Ver projeto de dissertação (Mara Nibia da Silva) intitulado O trabalho acadêmico do professor do Curso de Graduação em Medicina da UFRGS, no processo de constituição de mudanças na educação médica, no qual analiso o processo de constituição da LDBEN e em especial as implicações para o ensino superior, bem como a contribuição de pesquisadores da temática universidade e a educação pública e privada.

de setenta, no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde, e às práticas de saúde então hegemônicas".

As origens do movimento sanitário, conforme Teixeira (1989), remontam aos primeiros anos da ditadura militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a Universidade:

[...] passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário e nas faculdades de medicina, sob a recomendação da Organização Panamericana da Saúde, foram criados os departamentos de medicina preventiva, no interior dos quais aglutina-se e difunde-se o pensamento crítico na saúde. [...] apesar de sua origem acadêmica, o Movimento Sanitário não se limitou à vertente de produção de um novo saber; ao contrário, em todos os momentos caracterizou-se por aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária. (TEIXEIRA, 1989, p. 204-205)

A mesma Constituição estipula que compete ao SUS (Art. 200), "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico".

Em 1990 é estabelecida a regulamentação do SUS, por meio da Lei 8.142 (Participação da Comunidade na Gestão do SUS) e da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) que, reiterando o disposto na Constituição, define o Sistema Único de Saúde (Art. 4º) como o "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público", podendo a iniciativa privada

participar do SUS³¹, em caráter complementar.

A Lei 8.080 especifica, ainda (Art. 3º), que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, "a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais", salientando que "os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País". Consoante com a atribuição de "ordenar" a formação de "recursos humanos" para o SUS, esta mesma Lei, estabelece que

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento com os seguintes objetivos: I - Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Em termos legais, evidencia-se, pelo menos em tese, a necessidade de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Re-demarca um novo espaço de enfrentamentos, que se materializam atualmente, por exemplo, em relação às Diretrizes Curriculares para os Cursos da Área de Saúde ou na questão da Educação Permanente em Saúde. Incidem sobre o trabalho acadêmico do professor, na sua regulamentação, ordenamento, coordenação, distribuição de verbas, direcionamentos, projetos e na organização dos chamados Pólos de Educação Permanente em Saúde.

³¹De acordo com Acurcio (1997, p. 32), o SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público.

Neste contexto social é que se torna possível compreender o processo de mudanças na FAMED/UFRGS, e o meu foco de investigação, o trabalho acadêmico do professor de Medicina.

Trabalho acadêmico que está situado numa região fronteiriça, ligado à educação, e que o envolve, pelo menos em tese, as questões a ela pertinentes. Ao mesmo tempo ligado às questões da saúde e as questões de uma categoria profissional: a categoria médica. Trabalho que se desenvolve numa faculdade pública, que ocupa um lugar histórico e de destaque na formação de médicos no Rio Grande do Sul e no Brasil. Por ser uma faculdade pública, mais que qualquer outra instituição, tem o compromisso ético-político de um retorno social e de tornar públicos os avanços e pesquisas, contribuindo para atender às necessidades e minorar o sofrimento da população.

As leis e diretrizes que determinam mudanças na educação, na saúde, e incidem no trabalho acadêmico do professor, são fruto da sociedade que aí esta e que, tijolo por tijolo, construímos. Cabe a nós transformar esta sociedade, tendo presente, porém, que entre as pequenas coisas do cotidiano, aquilo que é construção coletiva se enfrenta com os elementos estruturais que não estão ao nosso alcance, senão na possibilidade³² do enfrentamento político.

³² Cheptulin (1982, p.338) entende por **possibilidade** as formações materiais, propriedades, estados, que não existem na realidade, mas que podem manifestar-se em decorrência da capacidade das coisas materiais (da matéria) de passar de umas nas outras. A possibilidade é, então, realidade potencial, que se transforma em realidade somente em condições determinadas, que são um conjunto de fatores necessários a sua realização.

III. DAS MOIRAS AO URDIR HUMANO

*[...] E aprendeu a notar coisas
A que não dava atenção:
Notou que sua marmita
Era o prato do patrão..
E o operário fez-se forte
Na sua resolução.
Via tudo o que fazia
O lucro do seu patrão
E em cada coisa que via
Misteriosamente havia
A marca de sua mão.
(O operário em construção - Vinícius de
Moraes)*

O trabalho acadêmico³³ desenvolvido pelos professores do Curso de Medicina, da FAMED/UFRGS, resultado de diferentes concepções de mundo³⁴, e das relações estabelecidas entre os sujeitos sociais e o contexto em que se inserem

³³ O trabalho desenvolvido pelo professor no âmbito da universidade pública federal, que se constitui pela indissociabilidade das atividades do ensino, da pesquisa e da extensão (BÚRIGO, 2003, p. 23).

³⁴ Visões de mundo como diria Weber, ou diferentes modos de ler o mundo como diria Paulo Freire, ou na referência gramsciana, como relações de força e de enfrentamento originária de oportunidades, visões, concepções, expressas como ideologias que estão além do senso comum e são expressões dos compromissos de classe social, que enquanto origem, condição, expressão de concepção de mundo.

envolve múltiplos aspectos da totalidade³⁵ contraditória e complexa que é a educação médica³⁶, onde se articulam duas áreas: educação e saúde.

Tal articulação se dá no processo de desenvolvimento capitalista, na contradição entre capital e trabalho. Processo histórico constituído pela acumulação, concentração e centralização do capital. No Brasil, além desta contradição, temos uma especificidade: não gera trabalho para todos, muita gente nem trabalho tem; é o desemprego estrutural. Ou seja, capital como apropriação privada e um trabalho que ainda tem um não trabalho embutido, um verdadeiro *ornitorrinco* (Oliveira, 2003).

Para elaborar possíveis respostas a estas questões de pesquisa propostas na introdução deste trabalho, um dos movimentos realizados como parte desta pesquisa foi reunir e analisar os seguintes documentos legais: Constituição de 1988, LDBEN, PUCRCE/87, Decretos nº 2207, 2306, 3860, Estatuto da UFRGS, Pareceres e Resoluções CNE, Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina, Projeto Pedagógico da FAMED, Lei 8080 (SUS).

3.1. Entre a indissociabilidade legal e a indissociabilidade concreta: o trabalho acadêmico

³⁵ Totalidade, conforme Kosik, significa conhecer a realidade em suas contradições, o todo vivo e em movimento na relação com um sujeito histórico real, num processo prático que é geral e particular (p. 60-61).

³⁶ ABEM / Associação organizada para promover, produzir e difundir conhecimento novo com vistas à formação dos médicos. Aqui trato da formação dos profissionais da saúde como referência, embora aborde em particular dos médicos, professores do Curso que confere esta titulação.

Na análise do Plano Único de Classificação e Retribuição de Cargos e Empregos (PUCRCE) aprovado em 23 de julho de 1987 pelo Decreto nº 94.664, em seu artigo 3º, considera atividades acadêmicas próprias do pessoal docente do ensino superior, nas Instituições Federais, as pertinentes à pesquisa, ensino e extensão, que indissociáveis, visem à aprendizagem, à produção do conhecimento, à ampliação e transmissão do saber e da cultura, como também as inerentes ao exercício de direção, chefia, assessoramento, coordenação e assistência na própria instituição, além de outras que sejam previstas na legislação vigente.

O mesmo Plano, no entanto, faz uma marcação de diferença, no âmbito interno das Instituições Federais de Ensino, em relação ao trabalho dos docentes de ensino superior e o trabalho dos docentes da educação básica³⁷. Considera como tarefas destes, as relacionadas predominantemente ao ensino, ficando a pesquisa e as atividades que se estendam à comunidade, em segundo plano.

Partindo dessa marca, poderíamos, então, dizer que o trabalho acadêmico dos professores do ensino superior, no âmbito destas mesmas instituições, se diferencia do trabalho acadêmico dos demais professores por apresentar indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Em 1988 é promulgada no Brasil a oitava Constituição, que, em seu Art. 207, estabelece a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, como princípio ao qual as Universidades devem obedecer. Tal princípio é reforçado em 1996, na Lei 9394, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), que, além de trazer

³⁷ Conforme a LDBEN, Título V, Capítulo I, Art. 21, a educação escolar compõe-se de: I - educação básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio e, II - educação superior.

para seu corpo o Ensino Superior, define, em seu Art. 52, as universidades como instituições: pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano. E que se caracterizam por produção intelectual institucionalizada; possuir um terço do seu corpo docente, pelo menos, em regime de tempo integral³⁸ e com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado.

Em 1997, regulamentando a LDBEN, são emitidos os Decretos nº 2207 e revogando este, o de nº 2306, que em seus artigos 5º e 9º respectivamente, afirmam que as universidades, conforme disposto no art. 207 da Constituição Federal, se caracterizam pela indissociabilidade das atividades de ensino, de pesquisa e de extensão.

O Decreto nº 3.860, de julho de 2001, revoga os anteriores, dispondo sobre a organização do Ensino Superior, a avaliação dos cursos e instituições, dá outras providências, e em seu artigo 8º, caracteriza as universidades pela oferta regular de ensino, de pesquisa e de extensão. Neste, a palavra indissociabilidade, que constava nos anteriores, foi substituída, no corpo do referido Decreto, pela palavra oferta.

Duas considerações me ocorrem quanto a isso. A primeira diz respeito ao fato de que a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, como característica da universidade, esta na Constituição e, portanto, não pode ser ferida, pelo menos

³⁸ O Decreto nº 3.860 em seu artigo 9º em relação ao trabalho docente, que regime de tempo integral é aquele em que o docente tem a obrigação de prestar quarenta horas semanais de trabalho, na mesma instituição, nele reservado o tempo de pelo menos vinte horas semanais, destinado a estudos, pesquisa, trabalhos de extensão, planejamento e avaliação.

em tese, por nenhuma regulamentação de uma lei menor. A segunda refere-se ao significado da palavra oferta, que remete ao significado de mercadoria, ou de serviços de determinada espécie, como objeto próprio de transação.

Assim, se por um lado, a substituição, no texto legal, de indissociabilidade por oferta, pode vir no sentido de aclarar que essa questão diz respeito à Instituição Universidade e não à atividade docente cotidiana, por outro lado pode manifestar a tendência em caracterizar o ensino, a pesquisa e a extensão como mercadorias transacionáveis da "Empresa Universidade", tão cara ao projeto neoliberal. Pressupõe a assinatura de Acordo Geral de Comércio e Serviços, abril de 1994, da Organização Mundial do Comércio (OMC), que inclui a educação e a saúde entre outros como um serviço, e tal como foi problematizado no *III Cumbre Iberoamericana de Rectores de Universidades Públicas* (DIAS, 2003, p.45).

A UFRGS, nos Art. 3º e 30º de seu Estatuto, com base nos princípios constitucionais e na LDB, fixa, respectivamente, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão para a instituição, cabendo às Unidades Universitárias o exercício destas atividades.

De uma forma ampla, é possível caracterizar a atividade de ensino como o ministrar aulas em cursos de graduação, pós-graduação e de extensão, em seus diferentes níveis, planejar, orientar, acompanhar e avaliar as atividades dos estudantes. A atividade de extensão³⁹ caracteriza-se como um processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável. Amplia,

³⁹ Política acadêmica na UFRGS, 2004.

desenvolve e viabiliza a relação transformadora entre universidade e outros setores da sociedade, objetivando a troca de saberes, a produção de conhecimento a partir do confronto com a realidade, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade e a atividade de pesquisa⁴⁰ como o processo criativo que visa à produção de conhecimento.

A legislação traz, com exceção do PUCRCE/87, a indissociabilidade por um lado, tratada em relação à caracterização das Universidades e não em relação aos docentes e por outro lado, não podemos esquecer que a Universidade é constituída por seres humanos concretos e que são estes que desenvolvem tais atividades.

Ao mesmo tempo, esta mesma legislação efetua uma nova⁴¹ divisão, onde a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão aparece especificada como exigência legal Institucional das Universidades, tanto públicas quanto privadas, mas deixa de fora, em termos legais, as demais Instituições de Ensino Superior.

Assim, aos Centros Universitários é exigido o ensino com excelência e com opção para pesquisa e pós-graduação, e às Faculdades Integradas e Isoladas é exigido somente o ensino. Que movimento na divisão do trabalho é este? Que implicações têm sobre a formação? E ao que esta se destina? Não há impeditivo legal para que estas outras Instituições desenvolvam pesquisa e extensão, além do ensino, porém, quais as condições de trabalho para que isso ocorra?

⁴⁰ Art. 67 do Estatuto da UFRGS.

⁴¹ Lembremos daquela divisão já efetuada pelo PUCRE/87 entre as atividades inerentes ao docente de ensino superior e o docente da educação básica.

A questão da indissociabilidade trazida na Constituição, na LDBEN, em relação à Instituição, e privilegiada no tocante ao trabalho docente, de ensino superior, nas Universidades Federais, gera uma confusão muito grande, onde a leitura usual é que o docente tem que desenvolver as três, necessariamente. Ou, como nos diz Machado⁴², a diferença entre indissociabilidade como característica da Universidade e indissociabilidade como vivência do trabalho de professor, no cumprimento do legalmente exigido e na incoerência da dissociação entre diversas tarefas de ensino de graduação e pós-graduação, na pesquisa e na extensão. Mesmo realizadas simultaneamente não se mostram como ligadas, associadas, articuladas, nem como um fazer que seja coerente.

O professor, então, se vê na obrigação de atender as três atividades-fins da Universidade, sentindo-se e sendo cobrado por uma coisa que a princípio é contraditória. Quando questionados sobre como avaliavam a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, o *peso* dessa obrigação se manifesta na fala dos professores.

PEB [...] e acho que essa exigência tripla, não que ela não tenha que ser feita, mas teria que ter condições, humanas e salariais pra ter essa dedicação full time. E nem sempre o que tu faz tu consegue passar pra esses papéis. Por isso que eu acho que têm várias distorções. Acho que existe uma incoerência no exercício dessas três atividades. Mas aqueles que estão envolvidos acabam fazendo as três, aos trancos e barrancos, com preço pessoal alto. Outros se dedicam mais a extensão, outros a pós-graduação e alguns poucos conseguem fazer as três coisas simultaneamente. Li uma reportagem na *Veja* outro dia que fala que o Brasil tentou importar um modelo de 1º mundo num país como o nosso. É uma deturpação total: ele tem que ser bom em pesquisa, ele tem que ser bom em extensão, ele tem que ser bom professor.

⁴² Anotações oriundas do Seminário Avançado Relendo Gramsci e os autores brasileiros, ministrado pela Professora Carmen Lucia Bezerra Machado, no segundo semestre de 2004, PPGEdU-UFRGS.

PEA [...] não é uma coisa fácil, é quase que uma combinação de peças de quebra cabeça, tu pode ter os três pedaços, mas eles têm que se encaixar de tal forma que um até ajuda o outro, um facilita o outro, um não pode bater um contra o outro [...] é muito frustrante, e a pressão é muito grande. E ninguém te ensina a juntar muito essas coisas, aliás, não te ensinam muito a fazer cada coisa, muito menos a fazer tudo junto. Então tu vai tocando e vai vendo o que dá.

Assim, na vivência do seu trabalho, pressionados pelo tempo e pelo acúmulo de atividades a realizar, o feito nem sempre se materializa nos papéis (registro escrito) ou relatórios virtuais. Por outro lado, manifestam as contradições entre o instituído legal e as condições existentes para o desenvolvimento do próprio trabalho acadêmico na Universidade Pública: salários que exigem uma jornada tripla para fazer frente às necessidades materiais; insatisfação e frustração por não realizar como desejaria seu trabalho, que acaba sendo desenvolvido com atropelo e desconexão, forçando o "encaixe das peças" que, não raro, são de outro quadro.

O não saber como fazer aponta para a própria formação e o lugar do ser professor. O ensaio crítico da "importação de modelo", embora não questione o porquê, evidencia a exigência do trabalhador flexível, tão necessário à acumulação do capital em tempos de neoliberalismo.

Dessa forma, aquilo que deveria ser inerente ao desenvolvimento do trabalho acadêmico, uma busca, um desvelar da sua própria prática enquanto professor, um debruçar-se sobre este fazer e as questões que lhe suscita, alimentando o ensino e seu próprio trabalho como possibilidade de criação, acaba tornando-se tortura, tripalium⁴³, mediado pela produtividade requerida pelo capital e pressionado pelas

⁴³ Instrumento de tortura, mas também de trabalho agrícola para descascar grãos.

necessidades materiais de existência. Produtividade e necessidades que se entremeiam e se articulam ao dispositivo legal concernente a avaliação de cursos e instituições para dar visibilidade ao trabalho do professor.

Partindo do Decreto 3860/01⁴⁴, foi criado o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES) que visa avaliar as IES como um todo, em momentos diferenciados e a partir de três grandes linhas: os alunos, através do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), os Cursos, através da avaliação das condições de ensino e a Instituição, iniciando com a auto-avaliação e acabando com uma avaliação externa. O professor participaria, nesse processo, a partir do lugar onde estivesse, seja na graduação, na pesquisa, seja na extensão.

Em relação ao trabalho acadêmico do professor de medicina, existe ainda uma outra dimensão que se articula ao ensino, pesquisa e extensão, que é a assistência / serviço, seja ela desenvolvida em hospital ou unidade sanitária, e está ligada à prática clínica. A atividade de assistência e a de extensão não são a mesma coisa, embora o espaço da assistência possa permitir a realização da atividade de extensão, ou seja, um trabalho diferenciado no coletivo, mas isso vai depender de como é realizado e de quais são os seus objetivos.

De uma forma simples, a diferenciação poderia ser explicada da seguinte forma: quando o trabalho é desenvolvido apenas tecnicamente, como o atendimento médico, temos a assistência, agora, se a partir desse trabalho, for aberta a possibilidade de refletir sobre essa assistência, de problematizá-la e discuti-la junto

⁴⁴ A própria LDB obriga a avaliação dos cursos no tocante às condições de ensino, sendo que os cursos não avaliados não têm reconhecimento legal.

ao serviço e à comunidade, temos a extensão, que se transforma em um espaço rico de formação.

Pelo menos em tese, nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)⁴⁵, cada professor tem, no mínimo, oito horas na graduação e, nesse sentido, a Gratificação de Estimulo à Docência (GED)⁴⁶ teve grande importância. Ou seja, a legislação efetuou, assim, um triplo movimento: qualificando a graduação⁴⁷, uma vez que obrigou a todo professor, inclusive os doutores das universidades federais, que trabalhassem com o ensino de graduação; assegurou, pelo menos aparentemente, que todos os professores executassem tarefas na graduação e na pesquisa, ou na graduação e na pós-graduação, ou na graduação e na extensão.

Porém, entre o que a regra/norma institui e a realidade, há diferenças que adquirem visibilidade nas seguintes falas:

PEL Hoje a exigência para ser professor da Universidade, é ter doutorado. Quer dizer que tu fez o curso, a residência, o mestrado e o doutorado. Quantos anos? Ele entra para a universidade com 36, 40 anos, para iniciar a sua vida acadêmica. Entra como professor pesquisador, com um campo muito definido. Mas ele não quer saber da graduação. Pela GED é obrigado, eles vão lá e fazem, mas qual é o comprometimento que ele tem, qual é a preocupação educativa que ele tem com a graduação, com o que esta sendo feito? Eu acho complicado isso. Os alunos da graduação, em certo sentido, estão atirados. Na verdade a lógica da instituição não esta muito preocupada com isso.

⁴⁵ Conforme o Art. 57 da LDBEN, nas instituições públicas de educação superior, o professor ficará obrigado ao mínimo de oito horas semanais de aulas. Não fica especificado, porém, em quais cursos deve obrigatoriamente cumprir estas horas, ou seja, se na graduação, pós-graduação ou extensão.

⁴⁶ Gratificação de Estimulo a Docência, instituída pela Lei 978/98.

⁴⁷ De uma certa forma, a obrigatoriedade de que cada professor tivesse, no mínimo, oito horas na graduação veio a valorizá-la, pois colocava doutores no ensino de graduação. Veio em tese, também evitar que muitos docentes que saíam para qualificar-se, ao voltar não mais trabalhassem com a graduação.

PEH [...] o professor de 20 ou 40 horas ele tem que cumprir as 8 horas na graduação, eles estão na pesquisa, no contato com o residente, o que não quer dizer que estejam na graduação. A residência tem uma especificidade própria, a atividade assistencial esta sendo remunerada e para fugir do pagamento das despesas sociais, advindas de um ganho, eles transformaram em projeto de extensão, então os professores são bolsistas do projeto de extensão. Ai a maioria dos professores se dedicam mais ao ensino do residente e, por tabela, com doutorando principalmente nas áreas mais especializadas [...].

Provavelmente, esta não é uma realidade somente dos professores da Faculdade de Medicina, mas evidencia uma das tendências contraditórias. Se a exigência atual para o ingresso como professor é o doutorado, como forma de qualificar o ensino de graduação, ao mesmo tempo, essa exigência realiza o movimento de afastar o docente da graduação, aproximando-o da residência e da pós-graduação no estrito senso. Assim, em muitos casos, o trabalho na graduação acaba sendo um mal necessário, uma porta de entrada e uma forma de aumento de ganho. Aliado a isso, a pesquisa, embora dentro de uma escola médica, é entendida a partir do ponto de vista do trabalho de médico e não do de professor.

A residência, de que falam os entrevistados, é o curso de especialização do HCPA, onde, por um acordo tácito e regido pelo consuetudinário,

PEC [...] a residência aqui é do hospital, não é da faculdade de medicina, embora seja feita pelos professores da faculdade de medicina, porque só podem ensinar aqui dentro os professores da faculdade de medicina. Há um casamento não muito oficializado, mas é um casamento, onde quem ensina na residência é o professor da Faculdade.

O aumento dos vencimentos, obtidos em forma de bolsa, decorrente de um Projeto de Extensão entre a Universidade e o Hospital incide na escolha do trabalho

com os residentes⁴⁸, por parte destes professores. Aqui, extensão e assistência se confundem. Mas, contraditoriamente, para efeito de pontuação na GED, a extensão é reconhecida apenas pontuada em 50% da carga horária em relação a de ensino. No caso da Progressão funcional, vale o mesmo critério.

As alterações na titulação do corpo docente do Curso de Medicina, que poderiam refletir numa qualificação para o exercício do trabalho de professor, acabam por atender apenas às exigências legais e dos órgãos de fomento, como examino a seguir. A tabela nº 1, intitulada *Número de Docentes da FAMED por Titulação, 1990 – 2004*, que se encontra no Apêndice A deste texto, mostra que, no período de 1990 a 1996, houve um aumento de 30% no número de doutores entre os professores, no entanto, este percentual sobe para 114% no período de 1996 a 2004. Levando em consideração que de, 1990 a 2004, o número de docentes permaneceu relativamente estável (houve a diminuição 16 professores nesse período, fruto de *precoces aposentadorias*)⁴⁹, os dados mostram o movimento de qualificação dos professores pertencentes à Instituição, possivelmente em decorrência da Lei de Diretrizes e Bases, e dos critérios dos órgãos de fomento à pesquisa, que incidem na carreira acadêmica e, mais precisamente, no salário.

No entanto, articulando as informações referentes à titulação com as da classe funcional⁵⁰, as progressões a que o professor pode alcançar, ao longo de sua

⁴⁸ Estudantes das residências, especializações, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴⁹ Jornal da Universidade. Porto Alegre, UFRGS, Ano VII, 79, ago. 2005. p. 1 e 4.

⁵⁰ De acordo com o PUCRCE/87, Art. 6º, a carreira do Magistério superior compreende as classes de Professor Titular, Professor Adjunto, Professor Assistente e Professor Auxiliar, sendo que cada classe se compõe de quatro níveis, com exceção da classe de Professor Titular que tem apenas um nível. No Art. 16, que trata da progressão funcional, fica especificado que a mesma ocorre por titulação e desempenho acadêmico, sendo que pode se dar de um nível para outro superior dentro da mesma classe, após dois anos no mesmo nível, por meio de avaliação de desempenho ou interstício de quatro anos de atividade em órgão público; pode ainda haver progressão de uma classe para outra,

carreira na Universidade, é possível compreender melhor este movimento, tal como apresento nos dados da Tabela nº 2, *Professores da FAMED por Classe Funcional de 1990 a 2004*, Apêndice A.

Se, no período de 1990 a 1996, o número de professores na classe adjunto cresceu 3%, no período de 1996 a 2004, mesmo considerando o intervalo de dois anos a mais em relação ao período anterior, o percentual de progressão foi de 24%. Considerando o percentual de 114% de professores que se doutoraram nesse mesmo período (cf. Tabela 1), é possível dizer que a progressão se deu devido à titulação. Já em relação aos professores titulares, é possível observar uma perda de 62% no período entre 1990 e 2004. Conforme informações obtidas junto ao pessoal administrativo da secretaria da FAMED, o número de titulares diminuiu basicamente em função de aposentadoria destes professores, sendo que o concurso exigido para "o preenchimento destas vagas é muito difícil de ser realizado", pois depende de autorização do MEC e do MARE (Ministério da Administração do Estado) no conjunto da distribuição das vagas do Serviço Público Federal.

Uma outra explicação se faz necessária, na qual podemos ver manifesto o movimento que é efetuado na relação trabalho/capital, no sistema em que vivemos. A remuneração do professor é dividida em fatias, composta por um salário, que é

exceto para a de professor Titular, por titulação ou mediante avaliação de desempenho acadêmico do docente que não obtiver a titulação necessária, mas que esteja, no mínimo, há dois anos no nível quatro da respectiva classe ou com interstício de atividade em órgão público. O Art. 12 especifica que o ingresso na classe de Professor Titular se dá unicamente mediante habilitação em concurso público de provas e títulos, no qual somente podem inscrever-se portadores de título de Doutor ou de Livre-Docente, Professores Adjuntos ou pessoas de notório saber reconhecido pelo conselho superior competente da IFE.

baixo⁵¹, acrescida de uma série de adicionais e gratificações, entre as quais a GED é uma das maiores, como mostram tabelas divulgadas pela ANDES, nos períodos de negociação salarial, ou os contracheques dos professores.

PEN [...] eu acho que nós temos um agravante no nosso meio, que nós estamos vinculados a um hospital de altíssima complexidade, a maioria dos professores está aqui dentro. E há um outro estímulo também: o nosso salário é muito baixo, a quantidade de professores com dedicação exclusiva na Faculdade de Medicina é muito baixa, como existe esse grande projeto em termos de extensão, entre a Universidade e o HCPA, os professores que atendem a pós-graduação aqui, ganham uma bolsa, isso faz diferença. O meu salário, eu ganho pouco mais que o mínimo, com mestrado, 20 horas. O que dizer disso? É uma humilhação.

Uma destas fatias é a dedicação exclusiva que oportuniza um ganho de 50% sobre o valor do salário-base para o professor que se compromete a não manter contrato de trabalho, assalariamento ou vínculo empregatício com nenhuma outra instituição ou empresa privada. No entanto, de acordo com o PUCRCE/87⁵², pode ser realizado assessoria ou trabalho eventual, remunerada ou não, "devidamente autorizada pela instituição".

Outra é o adicional de doutorado, que passou de 25%, em 1990, para 50% em 1996, sendo que este percentual permanece até 2005. Há também a remuneração por tempo de serviço, triênios ou quinquênios de acordo com o período de ingresso na Universidade.

⁵¹ Baixo ou alto é uma medida sempre relativa. Baixo em relação ao valor do salário mínimo em 2004 pago por uma jornada de 44h semanais (R\$ 267,48) soa como hipocrisia, pois 20h semanais correspondem, como valor real de salário-base de um professor auxiliar, a R\$ 212,00 (informação do Departamento de Pessoal da UFRGS), e acrescido dos "penduricalhos" que compõem a remuneração efetivamente percebida. Baixo em relação ao valor percebido pelo mesmo trabalho de professor em Instituições de Ensino Superior privadas que é no mínimo 12 vezes maior (Dados do SINPRO). Isso pode ser visto em correspondências do SINPRO, sobre valor de salário, para professor associado ou em relação ao salário do médico quer em empresas privadas ou mesmo públicas. Exemplo do Ministério da Saúde que contrata médicos por um salário inicial de R\$ 3.200,00.

⁵² Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D94664.htm.

Para uma melhor compreensão desse fatiamento, na intenção de localizar um indicador que permita demonstrar, da forma mais clara e precisa possível, a defasagem sofrida na remuneração dos professores ao longo destes 14 anos, construo a Tabela 3 - *Composição do Salário de Professor Adjunto IV (40 h) - e correspondente índice de poder de compra de cesta básica, 1990 - 2004*, Apêndice A, organizada a partir de informações fornecidas pelo DPR/PRORH/UFRGS, originadas da Tabela dos Servidores do Magistério Superior de 3º Grau e utilizando o indexador Cesto de Produtos Básicos de Consumo de Porto Alegre, elaborado pela Faculdade de Economia, IEPE/UFRGS. O valor deste indexador reflete o que uma família (composta de quatro pessoas), idealmente tomada como padrão, precisa para as compras, também idealmente básicas de um mês, e cuja composição da Cesta Básica encontra-se no Anexo 2. Esta Tabela evidencia a perda do poder aquisitivo dos professores.

Se em janeiro de 1990, o professor conseguia comprar, com seus vencimentos, 8,567 cestas básicas, em janeiro de 2004 o número de cestas cai para 6,601. Isso, se levarmos em consideração a relação entre o total percebido ao final de cada mês e o número de cestas. Se considerarmos o salário-base do professor, a situação muda de figura. Ou seja, se em 1990, com seu salário-base, ele adquiria 5,430 cestas, em janeiro de 2004 ele não compraria uma única cesta completa, apenas 0,925 desta. É necessário levar em conta, ainda, que estamos trabalhando com valores brutos de vencimentos, desconsiderando os descontos legais (em torno de 25% do valor bruto) e todas as outras necessidades além desta cesta, ou seja, moradia, transporte, vestuário, saúde, luz, água, livros, lazer, cultura e até instrumentos de trabalho.

Existem, ainda, em relação ao trabalho acadêmico do professor, as cobranças de produção na área específica, sob o controle do Estado e regidos operacionalmente pelo CNPq (Pesquisa) e CAPES (aperfeiçoamento de pessoal). Isso significa que ou produzem ou vão ter problemas no seu *Curriculum Lattes* e não vão conseguir nenhuma ascensão em nível acadêmico. Ou seja, tanto dentro como fora da Instituição, o CNPq e a CAPES estipulam os critérios que devem ser atendidos. O principal critério é a produção, avaliada por meio do *Curriculum Lattes* na chamada *aderência* à área de concentração de conhecimento. Dessa forma, ou o professor atende aos critérios impostos ou não consegue se manter neste meio acadêmico.

Chauí, nesse sentido, ressalta que:

[...] os chamados processos de avaliação da produção acadêmica, dos quais dependem a ascensão na carreira e a obtenção de financiamento de pesquisas, são baseados na quantidade de publicação de artigos e do comparecimento a congressos e simpósios; a quantidade de “pontos” obtidos por um pesquisador também depende de que consiga publicar seus artigos nos periódicos científicos definidos hierarquicamente pelo *ranking* [...] (2003).

Essas exigências aplicam-se também à Instituição, no sentido de que, ou a Instituição cria uma forma de ter pesquisa, com doutores, com aderência à linha de pesquisa, com produção periódica, ou ela não consegue se manter. Isso gera uma corrida e uma disputa muito grande, na qual a FAMED se apresenta com destaque nacional e internacional.

Agora, onde o professor, no desenvolvimento de seu trabalho acadêmico, vai conseguir criar condições para atender a estes critérios? Na graduação? Pode ser

até que ele articule com a graduação, uma vez que ali são feitos trabalhos de iniciação científica, mas não é exatamente ali que ele consegue atender a estes critérios.

Na verdade há uma competição em paralelo que é desenvolvida através dos órgãos de fomento, pois se o professor não atende aos critérios estipulados, não ganha bolsas. Não tendo verba, não investe em pesquisa. Assim, o professor acaba buscando atender a estes critérios e a graduação, muitas vezes, fica em segundo ou terceiro plano. Nesse sentido, a pergunta pela produtividade não indaga,

[...] o que se produz, como se produz, para que ou para quem se produz, mas opera uma inversão tipicamente ideológica da qualidade em quantidade, onde a docência não entra na medida da produtividade e, portanto, não faz parte da qualidade universitária (CHAUI, 1999).

Quanto a isso, resalto a seguinte fala do professor

PEE [...] nós somos a raiz da árvore, mas o que dá ponto para o meu departamento e para a universidade, são os pesquisadores. Esta diferença, ela aparece, com certeza ela aparece.

Se por um lado o professor tem consciência da importância do trabalho de formação desenvolvido na graduação e que ele é a base ou a raiz, como expressa a razão de ser de todos os demais componentes do trabalho acadêmico do professor, por outro lado, ele sabe que não tem qualquer peso na *qualidade* que os órgãos de fomento exigem e, conseqüentemente, sofre com a desvalorização reforçada institucionalmente.

O próprio Regimento Geral da Universidade, no Parágrafo Único do Art. 129, estabelece que "para fins de atribuição das tarefas docentes e elaboração dos planos de trabalho, o ensino de graduação terá precedência sobre as demais atividades". Essa situação acaba repercutindo internamente, gerando disputas e a hierarquização das atividades inerentes ao trabalho acadêmico, sendo o ensino na graduação visto como atividade menos importante e o professor, que coloca aí a ênfase de seu trabalho, visto como de segunda categoria.

PEE [...] existe inclusive uma certa disputa interna pelo estrelismo, porque os professores que se dedicam à graduação são considerados o baixo clero, eles mesmos brincam assim. Não é que se depreciem, mas dizem: nós somos o baixo clero. Os pesquisadores se acham o máximo e os médicos que se dedicam à graduação e têm menos titulação, eles têm certeza que eles são o máximo, mas eles não são valorizados. Tanto que, por brincadeira, se fala no alto clero. O alto clero são os pesquisadores, o baixo clero são os professores que se dedicam à graduação.

PEA [...] no mundo acadêmico tudo é para o pesquisador, tudo é para pesquisa, e pra quem dá aula até é feio; ah ele só dá aula! Ele dá aula! Pô, dá vontade de... Tenho quase que abstrair isso aí, eu adoro fazer isso, acho que é importante, acho que eu me acho importante dando aula e isso não é valorizado mesmo, e isso é dito sempre em qualquer lugar. Todo sistema não valoriza, e isso desde o professor do coléginho. Não valorizam, é lixo. Essa é uma realidade triste.

A desvalorização da atividade de ensino na graduação acaba de certa forma sendo assumida pelo próprio professor do curso, seja aceitando a brincadeira dos colegas, seja ele mesmo antecipando a assunção deste lugar.

A angústia do professor frente à realidade de não valorização do trabalho de ensino na graduação transborda em desabafo, em grito de revolta contra seus próprios pares e na auto-afirmação de seu trabalho. Ao mesmo tempo, fica evidente

que não só há a dissociação entre o ensino e a pesquisa, como também há a hierarquização e delimitação do trabalho acadêmico numa das duas atividades.

Questionados a respeito do que consistia o trabalho acadêmico do professor de medicina, os entrevistados manifestam diferenças. Têm como ponto de partida, nas suas respostas, aquilo que está mais estruturado em seu pensamento, aquilo que lhes é mais familiar, presente no seu contexto imediato, qual seja, o ensino, ou a pesquisa ou a extensão. Ao mesmo tempo, trazem semelhanças no tocante à dissociação entre, principalmente, ensino e pesquisa; extensão e assistência são tomadas, por muitos professores, como sinônimos; uma concepção de pesquisa e de pesquisador centrada na profissão médica, no biológico, no laboratório, não sendo consideradas como pertinentes ao trabalho acadêmico do professor de medicina a pesquisa relacionada com o próprio fazer de professor, nem mesmo a tecnologia do fazer que não a associada ao uso de máquinas e equipamentos.

PEJ [...] de modo geral, no desenrolar do curso, ele sempre chega no ponto que eu quero: numa satisfação plena, minha e dos alunos. Trabalho realizado, tarefa cumprida e mais uma leva de pessoas que eu espero que eles aproveitem o que a gente passou pra eles. Se eu tenho uma sala de aula toda equipada, com todos os recursos, eu fico satisfeito porque me facilita a vida. Agora, se tu me deres um campo aberto, com dez mil pessoas, e tu me der a chance, através de um microfone, de passar a minha mensagem para essas dez mil pessoas, eu não vou ter a mínima dificuldade. Essa balela de que tem que ter grupo de 10, 50 ou 100 isso pode servir para uma atividade específica, mas, para gerais, definitivamente não importa o número de participantes dessa atividade, onde tem o orientador, é mais um monólogo e a certa altura, porque não, se estabelecer um diálogo diante de um grande grupo de pessoas. O ideal é interagir, mas pela falta de tempo que se estabelece, um conteúdo programático pesado, por vezes falta muito essa intercomunicação [...].

O trabalho acadêmico de ensino consiste em dar aulas, não importando as condições em que este trabalho se realiza. O ensinar e o aprender passam pela

transmissão do conhecimento, sendo que isso se faz na presença ou não do diálogo, da interação ou da troca. O conteúdo é extenso e precisa ser cumprido. A ênfase é no conhecimento do professor, no acúmulo e repetição do conteúdo. O conjunto de estudos sobre a influência positivista na formação médica (CARRION, 1977; LAMPERT, 2002) mostra que ela continua atual.

PEF [...] nas Universidades Federais o teu regime de trabalho pressupõe este tipo de coisa. Outra questão é a busca de responder dúvidas que tu sempre tens. Tu és pago para fazer pesquisa, para pensar, coisas assim. Podes ser mal pago, mas de todo jeito isto esta dentro das tuas atividades, o compromisso de atualização permanente, responsabilidade por estudar e conseguir ensinar para outras pessoas, trabalhar junto estes assuntos. Nossa função especificamente de professor é abordar alguns conhecimentos que a gente julgue sejam importantes pro aluno no desempenho de suas funções como médico. O ensino e assistência ou extensão estão muito juntas. A questão da pesquisa é uma conseqüência.

Assim, conforme o relato acima, existe uma diferenciação do trabalho acadêmico nas Universidades Federais, onde atividades de pesquisa e de "pensar", de se atualizar e "conseguir" ensinar estão previstas não só no regime de trabalho, como no *pagamento*. Por outro lado, o trabalho se reduz à atividade de abordagem de alguns conteúdos e nem sempre de conhecimentos do fazer do professor.

PEH [...] na medida em que eu fazia o que tinha que ser feito, que eu cumpria o regulamento, dava as aulas teóricas, eu fiquei pensando... comecei a criar um projeto de extensão. É uma coisa que nunca mais vou largar. A extensão é um grande laboratório, a extensão talvez seja o caminho que mais propicia contato com a realidade como estratégia.

Tomado a partir da extensão, o trabalho acadêmico encontra estratégias de se desenvolver, frente aos regulamentos, bem como uma forma de sair do claustro e ter contato com a realidade.

Outras concepções a respeito do que consiste tal trabalho expressam o ser professor como uma contingência⁵³ no contexto da escolha do local, da atividade e do trabalho do médico ou como um não trabalho de um não trabalhador.

PEC [...] isso é uma das falhas do sistema, digamos assim. Eu fui convidado primeiro em [...] e lá eu comecei a dar aulas, eu nunca na minha vida pensei em ser professor e peguei gosto, achei que era bom, preparar aula, ver o que tinha que dar, o desafio de me fazer entender, mas precisava ter uma formação, ir para a faculdade de educação. Isso foi oferecido numa época, ensinar técnicas de ensinar e fiz o concurso por vontade própria, para ensinar. Eu fui pegando o gosto e fiquei.

PEL [...] tem uma relação com o trabalho aqui, que é engraçada, o próprio salário que eu recebo daqui, eu não mexo. Eu vim para a universidade para me arejar e nesse sentido é difícil de eu me ver como trabalhador. Até porque o meu pagamento não é o meu pagamento, eu não dependo financeiramente, eu não mexo na conta em que eu recebo da universidade, ela é virtual até, ai depois que junta se eu quero comprar uma coisinha eu pego. É muito pouco em relação ao que eu recebo como médico. É menos do que eu recebo com o pequeno trabalho privado que eu faço. Eu entrei sabendo que era pouco, não vim pra pensar em ter uma carreira acadêmica como outros colegas, tipo o "objetivo é passar para 40, ter DE", inclusive o trabalho acadêmico pra mim veio como um complemento, então eu tenho dificuldades em me ver como um trabalhador [...] é viver daquilo. Tem pessoas que eu considero que sejam trabalhadores, embora eles não sejam profissionais, trabalhador como profissional. Como médico eu me considero trabalhador e parte do meu trabalho como professor, ele é um trabalho médico, mas, como ele é marginal. Na verdade, faço 4 horas como professor, mesmo o trabalho de assistente como médico, eu não atendo os pacientes, quem atende são os alunos, eu atendo junto com os alunos. Mesmo o trabalho assistencial, que é parte do trabalho do professor, eu não vejo como profissional, no sentido de ser trabalhador, embora faça o tempo inteiro.

PED [...] os professores são médicos, médicos que ensinam a seu modo, como eles aprenderam com seus professores [...]

O trabalho de professor aparece na primeira fala, inicialmente, como uma contingência, considerada inclusive como falha do "sistema", mas que, à medida que o tempo passa, vai assumindo um lugar importante e exigindo busca de formação.

⁵³ De acordo com Cheptulin (1982, p. 251), a contingência é aquilo que pode ou não se dar, dependendo de circunstâncias exteriores.

No entanto, as outras falas evidenciam que o trabalho acadêmico do professor é vivido como extensão do trabalho do médico e, portanto, como secundário. Trabalho é o que entra na lógica do valor de troca, como o emprego. O fazer do professor é visto, no seu valor de uso, como um não trabalho, como não profissional. A profissão está relacionada com o campo específico da prática médica, mesmo quando são estes professores que estão visceralmente envolvidos no processo de mudanças nas referências curriculares na FAMED.

Isso pode estar relacionado, de alguma forma, com a preferência dos professores pelo trabalho na residência, pois aí estão ensinando “de médico para médico”, seguindo o juramento hipocrático, dividindo com os seus o conhecimento. Dessa forma, a graduação passa a ser sentida, provavelmente, pelo aluno como também um momento não importante, colocando-se em relação a ela como um tempo de espera, lançando para o futuro todas as coisas que ele tem para fazer, desvalorizando seu próprio crescimento enquanto acadêmico. Aprenderá o que precisa saber, depois, na residência. Sente-se obrigado a uma série de coisas desconexas para ter acesso àquilo que quer fazer depois. Por exemplo, afirmam os professores que o aluno que, ao ingressar no curso, já tem definida a sua escolha por uma determinada especialidade, cumpre as tarefas e só se interessa pelas atividades da especialidade.

A proposição de mudanças sempre nos deixa apreensivos. Ora, se a mudança é direcionada à matéria altamente relevante, como na espécie, ou seja, o currículo do curso de medicina, é com sobradas razões que emergem as mais ponderáveis dúvidas e obstáculos, inerentes, em grande parte, às próprias características do professor de medicina, em razão do enfoque da especialização; em consequência das estruturas das escolas médicas e no hábito da sociedade na busca de especialistas para seu atendimento (MANFROI, 1985).

Enfim, tanto a escola, a sociedade, como as instituições de fomento da organização governamental, estimulam a formação de especialistas e a ênfase no fazer. Há uma demanda muito grande da sociedade por especialistas, ligada, muitas vezes, a uma imagem de cientificidade que a própria categoria médica ajudou a construir, na defesa de reserva de mercado, no sentido de que exames, equipamentos sofisticados e tecnologia pesada (*hardware*), necessariamente, são sinônimos de melhor qualidade no atendimento ou na saúde em geral. Mudar tal concepção não acontece assim tão facilmente.

Embora não seja o foco desta pesquisa, penso ser importante trazer um breve comentário sobre a residência médica, uma vez que, no atual contexto, como o demonstram estudos feitos por Feuerwerker (1998), a residência assume papel importante na formação médica.

De uma forma breve, podemos dizer que a residência é um curso de pós-graduação profissional, de 60 horas semanais, incluindo plantões de 24 horas, sendo que, pela Lei 6932/81, não há mais a exigência legal de Dedicção Exclusiva. Assim,

[...] é no processo de especialização, no treinamento prático que a Residência propicia, que se dá a "verdadeira iniciação profissional" do médico. Tanto que para a inserção no mercado de trabalho, é mais importante e significativa a instituição onde os médicos fizeram seu processo de especialização do que a escola médica de origem. ... Muito embora seja fenômeno presente desde a graduação, é notadamente por meio dos contatos propiciados pela Residência Médica que se compõem as relações profissionais, que surgem as oportunidades para os jovens médicos se integrarem às equipes profissionais mais experientes e ingressarem efetivamente no mercado. [...] (FEUERWERKER, 1998, p. 167)

Concordando com Feuerwerker, quanto à importância assumida pela residência médica, Bacheschi (1998) salienta que idealmente o residente "trabalha sob supervisão, sem que seu trabalho seja essencial para o sistema, no sentido de que o serviço deve funcionar normalmente sem o residente" (p. 371). Porém, nem sempre é assim que as coisas se desenvolvem. Tomadas pela lógica de mercado inerente ao capitalismo, há, por parte de instituições, o uso da residência como forma de obter *mão-de-obra* barata. Nesse sentido, os residentes têm lutado pela exigência de melhor remuneração (bolsas e direitos trabalhistas). Luta que se desenvolve em duas frentes: como trabalhadores assalariados (no debate das condições de trabalho) e como estudantes (no valor da remuneração).

Os procedimentos de alta complexidade⁵⁴, ainda hoje, são os mais bem pagos, e os profissionais envolvidos são os melhores remunerados. É um processo conformado ideologicamente, ligado à demanda capitalista, articulado ao modelo americano de fazer medicina e saúde (muito sofisticado em termos tecnológicos de alto custo), que ainda mantém a hegemonia e direciona os recursos públicos da e na saúde.

Ao mesmo tempo, nas entidades da classe médica, enquanto o profissional não tiver título de especialista, além da formação de base, não vale nada. Mesmo que legalmente possa exercer a prática médica, só consegue ter acesso a convênios por meio do título de especialista. Este é adquirido, somente, pela residência ou

⁵⁴ Alta complexidade está aqui referida no sentido da incorporação de máquinas e procedimentos sofisticados ligados a estas máquinas.

pelas provas de *sociedade* para as quais é exigido ter, no mínimo, dois ou três anos de exercício profissional.

Assim, a graduação deixa de ser terminal, no sentido da habilitação sólida para a prática da medicina, e passa a ser tempo de espera. Cabe ressaltar que, quando falo de terminal, não estou de forma alguma me referindo a que o processo de aprendizagem e estudo esteja pronto e acabado, mas sim que assegure o ingresso na atividade profissional. O custo deste processo é alto para a sociedade.

PEI [...] a gente é responsável de escutar quem nos paga, pra quem a gente trabalha e vice-versa, uma coisa que não se diz pros alunos e que não se diz pra gente mesmo. Acho que os alunos da Faculdade de Medicina tinham que saber quanto eles saem para a população, qual o custo. Porque, no mínimo, se eles forem ver o custo de alunos de medicina nas escolas privadas e que ainda é subsidiado, então, se formar um médico é muito caro e acho que a gente diz muito pouco isso para os alunos, quanto à responsabilidade com o paciente que tá ali, que tá pagando. Eu digo pouco, de vez em quando me ocorre da gente conversar isso com os alunos, mas não é o dia a dia, eu não sei por que [...].

Ou ainda,

PEF [...] acho que a questão de ser professor te dá um certo prestígio e eu acho isso importante [...] o ideal é que o professor tivesse dedicação exclusiva dentro da Universidade, a nossa Faculdade foi mal avaliada por causa disso, muitos professores com carga horária parcial. A questão toda é a má remuneração do próprio professor, hoje em dia pouca gente se dispõe a viver como professor e dentro da área da saúde isso é mais crítica ainda, porque se tem a oportunidade salarial em outro local, com rendimentos maiores.

A fala do professor encontra respaldo nas informações concernentes ao quantitativo dos professores da FAMED em relação ao regime de trabalho, de acordo com o Apêndice A, Tabela n.º 4 *Número de Docentes da FAMED, por*

Regime de Trabalho de 1990 a 2004. No ano de 1990, 63% do total de professores têm regime de trabalho de 20 horas e em 1996, embora o regime de 20 horas correspondesse a apenas 57% do total de professores, houve, na verdade, um aumento real dos professores com 20 horas, pois 20 deles se retiraram do corpo docente da FAMED. Em 2004, há um relativo equilíbrio entre o percentual de professores com 20 e com 40 horas, com um pequeno acréscimo de quatro professores ao quadro da Instituição, em relação a 1996, sem retomar o quadro desta classe funcional existente em 1990. Já o percentual de professores com DE, neste ano, passa a ser 15% do quadro, significando um acréscimo frente aos anos anteriores, quando os docentes com DE correspondiam respectivamente 7,69% e 7,40% do total anual em 1990 e 1996.

Pereira⁵⁵, recentemente, apresentou informações segundo as quais há 85,9% médicos/docentes, e apenas 14,1% deles dedicam tempo integral à docência. Tempo integral para a docência está entendido como: o não exercício da medicina em outros ambientes que não o realizado na assistência, no hospital universitário. O trabalho do médico, no hospital-escola, não é o da docência, senão quando ensina ao aluno este fazer ou no atendimento dos residentes. Realizar a assistência é trabalho médico, mas não necessariamente trabalho no ensino (o chamado trabalho docente), parte integrante do trabalho acadêmico. Tais dados corroboram as informações das tabelas 2 e 4 do Apêndice A.

⁵⁵ Ato médico e bioética. Palestra proferida no VII CGEM, 20 a 22 de maio de 2004, Rio Grande - RS.

Estas informações evidenciam, por um lado, a necessidade da busca de fonte complementar de vencimentos para os professores que não têm DE e, por outro, a condição secundária que o trabalho de professor ocupa neste lugar.

É possível observar o movimento de duas tendências: uma ligada ao baixo salário do professor e que o obriga ao exercício de outra atividade remunerada, mantendo regime parcial de trabalho enquanto tal, e outra ligada ao prestígio que o lugar de professor da FAMED/UFRGS dá, contraditoriamente, e que é expressa na fala do seguinte entrevistado:

PEB [...] eu não compactuo com essa carga horária que uns fazem mais, outros fazem menos e o que não faz pesa em cima daqueles que carregam o fardo, da hipocrisia de realmente usar de ser professor da UFRGS pra ter um consultório cheio.

Também chama a atenção o fato da maioria dos professores de a FAMED serem egressos da própria Instituição. Comparando a relação dos 260 professores do quadro da Faculdade, em 2004, com as listas de formados do período de 1955 a 2003, consegui localizar os nomes de 182 professores. Não posso, no entanto, afirmar que, entre os outros 78 professores, não haja, ainda, egressos com formatura em gabinete e que não constam na listagem das turmas, bem como dos docentes que freqüentaram os Programas de Pós-Graduação da FAMED. A maior parte destes professores, 51%, formou-se nas décadas de 60 e 70.

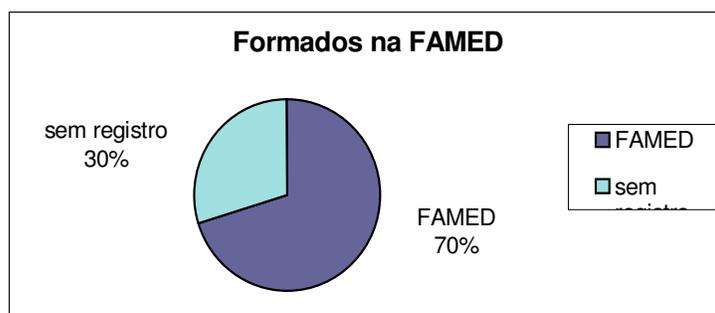


Gráfico 1 - Professores do Curso de Medicina formados na FAMED/UFRGS

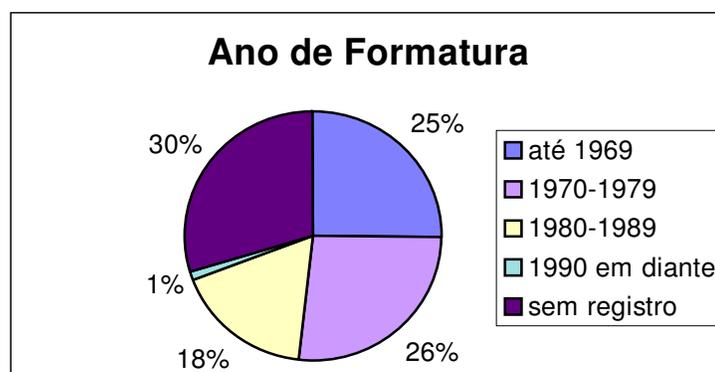


Gráfico 2 - Ano de formatura dos professores da FAMED

Esses dados evidenciam um processo endógeno que, no entanto, não é característico apenas da FAMED/UFRGS, mas das escolas médicas brasileiras, conforme manifesto no Relatório Final da Segunda Fase do Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas), divulgado em 1997, apontando que "a educação médica parece caracterizar-se como um processo de reprodução endógena". Essa endogenia, no caso específico da FAMED, pode estar ligada ao fato de que, por muito tempo, foi a única escola médica no Rio Grande do Sul. No entanto, caracteriza-se como um fenômeno nacional. Seria este também um fenômeno internacional? Estaria a endogenia ligada ao próprio movimento corporativo? Seria esta uma forma de manter a hegemonia de uma mesma concepção de ciência, de medicina, de saúde? Que desafios se

apresentam ao desenvolvimento do trabalho acadêmico dos professores formados nestas relações, enquanto graduandos egressos, e com os quais trabalham?

Questionados sobre os desafios para o desenvolvimento do trabalho acadêmico do professor de medicina, os entrevistados trazem elementos que permitem conhecer as tensões do trabalho de professor:

PEI [...] a minha maior preocupação tem sido a integração do professor com o médico. Isso tem sido bastante procurado por mim. Porque eu acredito que a medicina se ensina fazendo e que é muito importante que tanto os alunos quanto eu possamos ter um ambiente de trabalho que seja equilibrado entre o ensino e o fazer médico. Isso desde o primeiro momento tem sido a minha preocupação e acho assim que o currículo e que a própria instituição não favorece isso muitas vezes [...]

PEE [...] o meu grande desafio é que eu sou professor por vocação e não por formação. Eu não tenho formação pedagógica exceto aquela parte de pedagogia que se aprende no mestrado. Então eu tenho essa dificuldade, muitas vezes eu não sei se aquele método que eu to empregando é o melhor, é o mais indicado, é o mais produtivo. Se essa forma de dar aula é a melhor. Às vezes é um pouco frustrante fazer um planejamento a minha grande angústia é saber se é assim mesmo que se faz, que sistema de avaliação nós vamos colocar, qual vai ser o modelo pedagógico, pra mim é a maior dificuldade é o meu despreparo pedagógico, não no sentido de ter pedagogia, mas de ter uma formação para ser professor. Eu faço por vocação, aquilo que eu imagino que se eu fosse aluno eu gostaria que fosse assim, mas deve haver várias formas de fazer melhor, quem sabe com melhor aproveitamento, mais didáticas, mais adequadas, mais modernas, mas eu não tenho conhecimento [...].

A angústia frente a um não saber o que é o fazer de professor acaba ligando-se à busca de um modelo, de uma técnica que diga como fazer, deixando de lado este não saber, que é, na verdade, a possibilidade mesma daquilo que nos diz Freire (2001, p.43) "envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer" quanto ao fazer de professor e sua prática.

PEC [...] a idade média dos alunos é muito baixa, eles entram muito jovens, eles adolecem aqui dentro. Não há paciência, pois existe muita vontade do desempenho manual, aprender técnicas, e não existe paciência para ouvir o que o outro está falando, isso atrapalha. Essa forma de pensar, de se colocar no lugar do paciente, é tão importante. Eu vejo aqui nos corredores do hospital, eles andam em grupo, aos gritos, um desprezo com a gente com dor, que às vezes está gemendo no corredor. Eles entram rindo, brincando, eles esquecem da postura, o que não quer dizer que o médico tenha que estar num pedestal, afastado [...].

PEM [...] é uma relação quase matemática porque a [...] é onde o aluno vai aprender, aprende a teoria, aprende primeiro, o que eu mais quero, o contato humano, o enriquecimento humano, o respeito pelo paciente, ética, depois a teoria da fisiopatologia das doenças e depois o exercício [...]. Eu posso dar aula pra cem alunos, uma porcentagem pequena da turma, é uma questão cultural geracional, é diferente, inadequação cultural. Às vezes tu encontras pessoas que têm dificuldade de escutar se tu queres falar fora da técnica, querem só a receita do bolo e nas outras coisas não se interessam [...].

PEA [...] se eu tiver que entrar no Clínicas, eu vou ter que bater no balcão pra me dar um crachazinho de visitante. Eu não tenho acesso, apesar de ser professora da Universidade, professora dos alunos da medicina, eu não posso entrar lá. Então a gente pede isso pro monitor, é ele quem vai e eu não sei nem o que o monitor tá mostrando lá. Isso é bem fácil pra eles, como todos fazem isso, mas o professor não sabe se ele foi lá com os alunos, o que ele disse, o que ele fez, que paciente ele pegou [...] nós dizemos pro monitor: olha, esse semestre, cada bloco, cada área, vocês levem o grupinho de vocês e observem um paciente lá, relacionado a [...] um, dois, três pacientes, casos assim muito comuns, de asma brônquica, bronquites, pneumonia, carcinoma, problemas que são comuns. São os casos clínicos que se dá no papel em que eles fazem essa relação. Então é o olhar lá o paciente, mas nós estamos longe, os professores estão longe, estão desligados, não podem entrar. Essa é a grande dificuldade.

Os desafios que se apresentam para o desenvolvimento do trabalho acadêmico do professor de medicina oscilam entre um fazer que eles conhecem, o de médico, e um fazer que *fazem sem saber o que é*, o de professor, e os levam a busca de um equilíbrio, de integrar o que está claramente dividido: disciplinas, lugares, acessos, concepções, trabalho médico e trabalho acadêmico de professor. Por outro lado, o fazer de professor interroga um fazer que não tem lugar nos

diferentes locais onde este mesmo fazer se desenvolve, necessitando, então, ser delegado a um outro, por vezes o aluno da graduação. Para uma melhor compreensão desse processo, é preciso, então, sermos guiados pelo fio em espiral e buscar conhecer o curso de graduação em medicina.

3.2 Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o trabalho acadêmico dos professores.

O Curso de Graduação em Medicina⁵⁶ da FAMED/UFRGS, criado oficialmente em 1898 com a Faculdade, obtém reconhecimento em 10 de setembro de 1900, através do Decreto N.º 3758⁵⁷. A sede do Curso é a Faculdade de Medicina, em prédio "novo", que engloba todas as atividades administrativas, em nível de graduação e pós-graduação, o Centro Acadêmico e a Biblioteca Setorial. O ensino se dá, predominantemente, em outros locais.

Na década de setenta, com a criação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o ensino clínico da Faculdade transferiu-se para lá, pois como anteriormente colocado, houve divisão do ciclo básico e do clínico (também chamado

⁵⁶ Ao concluir o Curso de Graduação, é conferido ao formando o título de médico. De posse do diploma devidamente reconhecido pelo MEC, o médico formado entra com pedido de inscrição no Conselho Profissional, Conselho Regional de Medicina, de quem recebe autorização para poder trabalhar, ou seja, autorização para poder exercer a medicina, a prática médica. A faculdade forma e confere o título de médico, mas quem autoriza o exercício da prática médica é o Conselho. Ou seja, sem essa autorização, que é paga anualmente, o exercício da profissão de médico fica na ilegalidade.

⁵⁷ Catálogo Geral, UFRGS, 2004.

profissionalizante). No período de 1974 a 1983, a própria sede administrativa da Faculdade se estabeleceu no HCPA, de onde saiu para se instalar no Prédio do Ciclo Básico, e, finalmente, em 1998, em terreno de propriedade do HCPA, é construída a nova sede da FAMED.

A partir de 1990 até 2004, vigora o Currículo Pleno estabelecido pela Resolução 08/89 da COMCAR/MED, constituído por um conjunto de disciplinas obrigatórias e, como complemento, por um grupo de disciplinas de caráter opcional, oferecidas ao longo do curso. Estas disciplinas, na sua maioria, se distribuem pelos oito departamentos da Faculdade, concentrando-se as atividades de ensino e pesquisa principalmente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Há, porém, disciplinas que estão sob a responsabilidade do Instituto de Ciências Básicas da Saúde⁵⁸ e do Instituto de Biociências⁵⁹. Cada uma destas Unidades possui estruturas administrativas independentes, tendo Direção, Conselho de Unidade e departamentos próprios. A tripartição do desenvolvimento do curso de Medicina entre três unidades diferentes da Universidade torna complexo o relacionamento entre elas, entre o corpo docente e, também, entre os dois ciclos em que se divide o

⁵⁸ O Instituto de Ciências Básicas da Saúde é responsável pelas disciplinas de Bioquímica, Neuroanatomia, Histologia Humana, Anatomia Humana, Fisiologia, Microbiologia Médica, Imunologia Médica, Parasitologia Médica, Farmacologia. Criado em 20.12.1996, em decorrência da divisão do Instituto de Biociências, é composto pelos departamentos de Bioquímica, Fisiologia, Ciências Morfológicas, Microbiologia e Farmacologia que atendem alunos de diversos cursos de graduação da UFRGS: Medicina, Medicina Veterinária, Ciências Biológicas (licenciatura e bacharelado), Enfermagem, Farmácia, Educação Física, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Agronomia, Licenciatura Plena em Ciências Naturais, Matemática e Música. Possui três cursos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado e oferece cursos de extensão. Das 89 disciplinas obrigatórias e 43 do Curso de Bacharelado em Ciências Biológicas lecionadas, 16 são para os alunos da Medicina, perfazendo um total de 96 horas por semana, entre aulas teóricas e práticas.

⁵⁹ O Instituto de Biociências, responsável pelas disciplinas de Biofísica Celular e Genética Médica, é formado, atualmente, por seis departamentos, a saber, Biofísica, Botânica, Biologia Molecular e Biotecnologia, Ecologia, Genética e Zoologia, além da Biblioteca Setorial, do Centro de Ecologia e do Centro de Estudos Costeiros, Limnológicos e Marinhos como seus órgãos auxiliares. Possui ainda, ligada ao Departamento de Botânica, uma Biblioteca desta área. Além de cursos de graduação, IBC possui quatro cursos de pós-graduação, todos com mestrado e doutorado e desenvolve intenso trabalho de pesquisa e extensão.

Curso de Graduação. Entre a suposta harmonia do curso e o concreto tripartite vive este curso.

O Curso de Medicina obedece teoricamente ao calendário da UFRGS. Porém, esta informação entra em contradição com o depoimento de um dos entrevistados, quando afirma que:

PEB [...] tu não tiras férias, tu tens que arrumar um substituto pra poder sair do hospital. Não existe dar um tempo, ou fechar a porta do hospital, ou do seu serviço ou dos seus funcionários que tu controla, ou do rodízio permanente do aluno. Não tem calendário da UFRGS, pra nós. Acho que essa é a diferença de como é a formação em medicina, ela é quase incompreensível para os outros cursos e, ao mesmo tempo, ela fica desorganizada. E, então, acho que acaba assim, de repente um departamento tem 20, mas meia dúzia carrega quase tudo nas costas, seja por perfil, seja por idealismo, seja por que for a explicação.

Frente às necessidades materiais de existência, o professor (neste caso, com dedicação exclusiva para a universidade) *se vê obrigado a submeter-se* a uma carga horária extra, em sua jornada de trabalho, que não aparece registrada como tal. Mas também se visualiza uma superposição do trabalho de professor com o trabalho de médico no hospital, em que os departamentos da faculdade e a atividade dos mesmos se confundem com os serviços do hospital, tendo o "professor" que controlar "seus" funcionários.

O calendário da Universidade não tem como interferir no calendário do hospital. Por outro lado, o trabalho de alguns professores poderia ter um sistema de rodízio durante, por exemplo, o período de férias escolares. Porém, nem sempre dispõem de professores com formação especializada semelhante para o

acompanhamento dos mesmos pacientes e dos alunos da Universidade (alunos que atendem e aprendem com a estes pacientes).

Os diferentes Departamentos da FAMED, por meio de seus professores, se inserem em serviços e instituições, chamados correntemente de "cenários" ⁶⁰, em que os graduandos de medicina são recebidos, conforme Tabela 05, denominada Departamentos da FAMED, Serviços e Instituições onde atuam os professores, 2001-2005, presente no Apêndice A. Como é possível observar na Tabela 05, na qual estão relacionados todos os departamentos que constituem a FAMED, dentro dos quais está vinculada, funcionalmente, a maioria dos professores do curso, constatamos que a maior parte da formação dos graduandos de medicina se desenvolve no HCPA, sendo que a grande maioria dos professores pertence ao corpo clínico do Hospital. Por meio de um projeto de extensão entre a Universidade e o HCPA, os professores atendem aos cursos de residência do hospital.

Para compreendermos melhor o impacto e os desafios que se apresentam ao trabalho acadêmico do professor na formação do graduando, penso ser necessário trazer alguns elementos sobre o Hospital Universitário, sem os quais fica muito difícil entender a dimensão das relações de força em embate.

De forma geral, a figura do hospital universitário nem sempre existiu. A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, fundada em 1803, foi por muito tempo o espaço em que várias disciplinas do Curso de Medicina da FAMED se

⁶⁰ Lugar em que as atividades acontecem, sejam as de ensino-aprendizagem, as de assistência ou de serviços na/da saúde; seja o hospital, a unidade sanitária, a escola, etc.

desenvolveram e o local onde os estudantes realizaram suas práticas junto aos enfermos.

Com o passar do tempo, o hospital universitário foi sendo visto pela sociedade como um lugar de excelência em termos de tratamento. Na mente das pessoas foi tomando a dimensão de um espaço no qual o acolhimento, o cuidado e o tratamento são melhores e mais eficientes que os oferecidos pelas demais entidades de assistência à saúde. Assim, foi se gerando um desnivelamento muito grande entre o hospital universitário, em que a procura por tratamento cresce enormemente, e outras instituições de saúde.

Com intensa e reconhecida atuação na área da pesquisa, o Hospital de Clínicas, e também a FAMED/UFRGS, se destaca na produção de conhecimento novo em saúde. O primeiro possui um Centro de Pesquisas, composto de laboratórios temáticos e laboratórios compartilhados, mantém área com 24 leitos, dois consultórios e um posto de enfermagem, onde se realizam pesquisas clínicas que necessitem de recursos de internação, segundo os documentos. As equipes de pesquisadores são coordenadas por professores vinculados à FAMED e ao corpo clínico do hospital.

Como empresa conveniada com o SUS, o HCPA disputa com outras instituições a captação de recursos, aliado ao fato de estar competindo no mercado privado, onde oferece tanto leitos privados quanto leitos para planos de saúde. Do MEC vem uma verba específica na relação ensino acadêmico.

No quadro do HCPA, médicos assistentes são os professores da Faculdade de Medicina que, como tal, desenvolvem atividades de ensino/assistência com os graduandos de medicina e com os residentes do hospital, junto aos pacientes, seja no ambulatório ou na internação. Há, ainda, os médicos contratados pelo hospital para prestar assistência aos pacientes. O contrato de trabalho desses médicos pressupõe que, na ausência dos professores, eles façam preceptoria, ou seja, atendam aos graduandos e aos residentes.

Ora, o professor tem uma determinada carga horária de trabalho com os alunos, porém, o paciente, que vai ser acompanhado pelo estudante, precisa ser visto todos os dias, independente do horário do professor. Assim, acontece que, num grande número de vezes, quem está mais próximo do aluno é o profissional contratado pelo hospital ou o residente hierarquicamente mais adiantado, e não o professor.

Dessa forma, é possível entender a escala hierárquica⁶¹ que perpassa a formação do estudante de medicina, onde o R3 é responsável pela formação do R2, este pela do R1, este pela do doutorando, este pela do acadêmico e assim sucessivamente. Na realidade, o trabalho que cabe ao professor vai ficando sob a responsabilidade de um estudante. Mesmo sendo um médico formado, o residente é um estudante.

⁶¹ Os residentes, ao ingressarem, são chamados de R1, no segundo ano de formação são chamados de R2 e os do terceiro, R3, dependendo da duração do curso. Doutorando é o aluno do último ano.

Não desconhecendo que a prática educativa pode ser realizada por diferentes profissionais, de diferentes níveis, em diferentes locais, e que a troca entre colegas ensina, a cristalização dessa prática pode nos indicar uma das formas pelas quais se concretiza o distanciamento dos professores na relação com a formação dos graduandos.

Nesse sentido, as falas dos seguintes professores ressaltam:

PEH [...] eles acham que R3 ensina pra R2, R2 pra R1, R1 pra doutorando, doutorando pra acadêmico, não dá, tem que ter um tutor que passa o balizamento dessas coisas [...] comodismo, há um comodismo. Já que alguém tem que fazer, já que o residente também é um aluno, já que ele tem condições de exercer aquela função tão bem quanto eu, R3 para R2, R2 para R1... Não é por nada que quando tu vês algumas formaturas, tu vês homenagem feita pra residente,

PEN [...] existe em muitas especialidades, e que não é o caso da [...] a maior parte do acompanhamento do acadêmico é feito pelo residente e pelo contratado e não pelo professor. Porque eles trabalham em equipes, o acadêmico é mais um membro da equipe e vai se aprendendo com os níveis mais superiores, R1, R2, R3, contratado e o professor.

Mas logo a seguir o professor busca uma explicação, que, no entanto, confirma a prática:

PEN [...] pra gente conseguir explicar alguma coisa pra alguém, ela tem que ser bem entendida pela gente, e na verdade faz parte do processo de formação na residência a capacidade de explicar, e isso não é de todo ruim, talvez seja uma questão de dosagem [...]

Por outro lado, o pouco reconhecimento que os professores têm e que se manifesta, por exemplo, em termos salariais, faz com que um grande número

concentre seu trabalho no HCPA também como médico assistente. Assim, em função do projeto de extensão entre a Universidade e o Hospital, o professor que atende à pós-graduação eleva seu salário. Isso fica evidenciado no depoimento do entrevistado:

PEF [...] questão toda é a má remuneração do próprio professor, aqui dentro do Hospital de Clínicas os professores são muito mais envolvidos nesta questão assistencial, que é o que aufere recursos, do que na questão de ensino, tanto que se comenta que os professores dão graças a deus quando não têm alunos, ou têm poucos alunos, ou que têm férias, é que os alunos algumas vezes, digamos, até atrapalham a atividade principal que devia ser secundária, mas que acaba sendo principal.

Mas há um outro ponto que precisamos levar em conta, que é a relação entre o HCPA e a FAMED, no que se refere à formação dos alunos, uma vez que é um hospital escola. Nesse sentido, os depoimentos dos entrevistados são esclarecedores.

PEE [...] acho que a relação não é a ideal, porque os serviços do hospital é que determinam o que os alunos vão fazer. Isso não é determinado pelo modelo pedagógico da faculdade de medicina. Essa é uma das coisas que se tem tentado mudar. Qual é o modelo pedagógico que nós queremos que seja aplicado ao nosso aluno enquanto ele está lá dentro do hospital de clínicas? Mas não é assim que funciona, porque o hospital está dividido em serviços e cada serviço tem seu chefe, sua metodologia de trabalho, e é quase como se os alunos fossem encaixados nos serviços. Praticamente em cada serviço é feito de um modo e quem determina é a chefia do serviço. Nenhum plano de ensino consegue determinar exatamente como é que o aluno vai atuar dentro do hospital, porque quem determina isso são os serviços do hospital.

PEH [...] existe um grupo de especialistas que estão centrados muito na idéia da fundação médica, a fundação decide que vai ser o candidato, a pessoa fica comprometida em não mexer com nada.

A Comissão de Graduação da Faculdade, desta forma, não tem autonomia sobre o desenvolvimento da formação dos estudantes que se dá dentro do Hospital Universitário, sobre o como deve ser o trabalho realizado com os alunos. É como se a faculdade fosse auxiliar o hospital, levando seus professores e alunos para atender à demanda existente, devendo, portanto, se adaptar à lógica do hospital. Há uma inversão de papéis: os professores estão lá para desenvolver o processo de formação com seus alunos, no entanto, cabe observar que considerável número de profissionais que estão no hospital é de professores da Faculdade, sendo este duplo vínculo o que permite esta inversão. Então, porque isso se dá desta forma? Nesse sentido, o depoimento de um dos professores é revelador:

PEE [...] eles somos nós, nós somos eles. Não existe eles e nós. Não é assim, vocês estão querendo mandar em nós. Não, são exatamente as mesmas pessoas. É uma relação bem complicada. Parece que aqui a gente veste uma roupa e lá outra roupa e não deveria ser. [...] Mas a lógica da medicina é funcionar conforme os serviços. O que nós temos que pensar que a faculdade de medicina é maior que o hospital, ela não pode ser menor. Não é ela que tem que se adaptar ao hospital, o hospital é que tem que se adaptar. Se este hospital, por algum motivo da sua autonomia não consegue nos dar exatamente aquilo que nós queremos, então nós deveríamos então também sair e procurar também outras parcerias, mas jamais abandonar o hospital porque ele é excelente, mas a faculdade deveria então procurar outros cenários.

A inversão processada na relação entre o hospital universitário e a faculdade, já discutida tanto por Schraiber (1989), como por Moura (2004), mostra que estes nascidos pela necessidade da educação, acabam se transformando em grandes empresas que subordinam as escolas de medicina e reorientam a educação médica de acordo com seus interesses. Existe também a questão de que, pelo poder econômico que este Hospital Universitário representa, há uma garantia de que ele não é um ônus para a Universidade. Estas são dimensões de cunho político e de

direito que envolvem interesses maiores do que os ligados ao econômico no sentido estrito da empresa em questão.

No entanto, ficam as questões: como se articulam, nessa relação, os interesses da empresa com os interesses do hospital enquanto escola? Como se desenvolve a relação da Universidade, da Faculdade de Medicina, com o HCPA? Que posição assume o estudante que vive nesse contexto? Que reflexão é feita com os estudantes sobre as contradições manifestas nesse processo, por parte dos professores?

A aprendizagem, por meio da vivência, da prática médica, seja ela desenvolvida no ambulatório, no hospital, na Unidade de Saúde, é vital na formação do estudante de medicina, mas, por si só, não é suficiente, não se explica por si própria. Ela necessita gerar uma reflexão voltada novamente à prática, que a reconstrua. Porém, os resultados deste processo de inserção dos estudantes nos espaços de prática médica e de saúde estão diretamente ligados à forma como os professores os educam para o uso de tais espaços.

Ou seja, na mediação do processo de aprendizagem, a saúde, a prática médica, a clínica e os espaços onde se desenvolvem tais práticas podem ser tomados como espaços de mercado, em que se compra e vende mercadorias. Ou ainda, o processo de formação pode se dar voltado somente para uma análise do patológico. Esses movimentos vão conformando toda uma aprendizagem de medicina, de saúde e de relação social.

PED [...] nós fomos fiéis à doutrina flexneriana, biológica. Investimos maciçamente, dentro dos hospitais universitários, na pesquisa, na ciência e encaminhamos a formação médica para esse lado, esquecemos no meio do caminho o ser humano, a sociedade e o aluno. Então o que aconteceu? O saber foi fragmentado, cada um ficando com um pedaço, cada um se isolando em si, produzindo cientificamente, que é muito importante, o conhecimento é indispensável em relação a isso, mas se perdeu a integralidade, tanto do contexto social como do indivíduo. E isso se reflete hoje na sociedade, não mais a valorização do médico como ele teve no passado, isso desapareceu, porque ele se isolou e cada vez mais. Hoje não dá para parar de crescer do ponto de vista científico e tecnológico, isso é irreversível, mas tentar o máximo possível que dentro da graduação se forme um médico, com toda a potencialidade, dentro dos aspectos que ele venha a ser, depois, um muito bom especialista [...]

O estudante vivencia, na sua inserção nos serviços, uma realidade na qual há desejo para alterar as forma de trabalhar e onde modificações são conseguidas. Porém, as mudanças, via de regra, centram-se mais na resolução da situação pontual de doença, ficando de fora outras questões. Como determinada pessoa chegou ao serviço? Quais são suas relações com o meio em que vive? O problema que a trouxe até ali poderá gerar, nela e na sua relação com o meio, alguma alteração? Tem condições para a aquisição da medicação necessária? Porque falta medicação no serviço de saúde? Porque as coisas estão como estão, de uma forma descontextualizada do social, da própria realidade do serviço e das políticas públicas?

Nesse sentido, os desafios e embates não são simples, pois, via de regra, a saúde não é entendida dentro do contexto político e resulta que a formação fica restrita à técnica, por não se debruçar sobre estas questões. Temos, então, profissionais altamente habilitados a tratar determinada doença, mas com uma imensa dificuldade de compreender o paciente como uma totalidade humana, como um ser social. A formação do estudante de medicina tem sido centrada na *tecnologia*

entendida esta como uso de equipamentos e procedimentos (exames sofisticados, maquinas complexas, todos de alto custo) e não dentro das práticas que estimulem o desenvolvimento de uma tecnologia do convívio humano e social na medicina.

Este processo se expressa nas seguintes falas dos professores:

PEB [...] Existe um modelo de fazer essa educação do médico, que de um ano determinado passa a ser muito centrado na assistência, e num cenário de ensino nem sempre adequado, às vezes já de alta complexidade. O aluno, como diz um amigo meu, só quer saber de habilidades, ele esquece de ver o todo, o paciente. Então acho que existe, nesse processo da educação como ela é hoje, o aluno quer apenas os conhecimentos, primeiro ele sente necessidade de estar hábil para entender fármacos, entender técnicas, fazer coisas. Então ele acha que entender gente é secundário, isso aí, depois vem com o tempo.

Retomando o curso de medicina, podemos dizer que a formação se dá no sentido do aluno aprender a reconhecer um corpo, aprender a ver o seu funcionamento, a identificar suas desordens e como trata-lo. Porém, o que vai dar o diferencial para que esta formação ultrapasse puramente a instrumentalização técnica é a concepção de mundo que a embasa.

O professor tem um potencial importante para marcar o corpo profissional do sujeito/aluno no que se refere ao discurso, com todo o cuidado que esta colocação requer, e isso vai marcar a representação do trabalho do médico, por meio do desenvolvimento de seu fazer, na relação comprometida e compromissada, portanto, numa relação ético-política que estabelece com os alunos e com a sociedade e, nesse movimento, vai constituindo *um ser médico*. Vai constituindo uma forma de olhar quem o procura, como um simples pedaço de carne ou como um ser humano

que tem uma história, uma vida, se relaciona, sente, sofre, ama, trabalha. Nesse sentido, o trabalho do professor é ser um marcador de corpos e de almas.

3.3 O Trabalho Acadêmico num contexto de mudanças

Em novembro de 2001, a Resolução CNE/CES Nº 4 institui as Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina que substituem o currículo mínimo. Elas se inserem num processo mais amplo de implementação de Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação e, em específico, às destinadas aos Cursos de Graduação na área da Saúde. Embora, aparentemente, trate-se apenas de mais uma disposição legal, não podemos esquecer que elas não nascem em abstrato, pelos desígnios dos céus, mas, sim, resultam de construções feitas historicamente, por seres humanos concretos e que, portanto, refletem um projeto de sociedade.

Este processo teve início em 1997 quando, pelo Edital nº 4, o Ministério da Educação e do Desporto, por meio da Secretaria de Educação Superior, torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior⁶² (IES) para que apresentem propostas para as Diretrizes, que seriam, posteriormente, elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Secretaria de Educação Superior do MEC.

O movimento de elaboração e sistematização destas propostas ocorreu, pelo menos em tese, através de discussões e auditorias públicas, realizadas em diversos

⁶² Disponível em <http://www.mec.gov.br/cne/cursos.shtml>

lugares, por meio da interlocução com a sociedade e, mais especificamente, com as instituições de ensino superior (IES).

Aproximadamente 1200 propostas foram encaminhadas ao MEC, provenientes de universidades, faculdades, organizações docentes e discentes, organizações profissionais, mas a maioria foi oriunda da própria comunidade acadêmica. As Comissões de Especialistas de Ensino (CEEs) sistematizaram as sugestões e as divulgaram, na Internet, com o intuito de promover debates, críticas e, assim, legitimar o processo. O material obtido foi novamente sistematizado por áreas e integrou a versão final do documento de diretrizes que foi encaminhado ao Conselho Nacional de Educação (CNE).

Lampert (2002) afirma que foram partícipes ativos no processo de discussão das Diretrizes Curriculares da Medicina: a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Rede Unida⁶³ e a Comissão Interinstitucional Nacional da Avaliação das Escolas Médicas⁶⁴ (CINAEM).

⁶³ A Rede UNIDA reúne pessoas, projetos e instituições comprometidas com a mudança da formação dos profissionais de saúde. Atualmente é conformada por aproximadamente 70 instituições com experiência acumulada na articulação entre serviços, universidade e organizações comunitárias. Estes projetos e instituições apresentam uma grande diversidade no que se refere ao peso institucional, áreas de atuação e atividades desenvolvidas. Alguns são projetos localizados e limitados, enquanto outros abrangem grandes áreas, envolvendo vários departamentos, escolas e instituições públicas e comunitárias. A Rede, que existe desde 1985, articulando originalmente projetos de integração docente-assistencial, tinha como característica principal promover o intercâmbio de experiências entre seus membros. Na segunda metade da década de 90 o projeto UNIU se integraram a Rede IDA, havendo um processo de reconstrução da identidade da rede, redefinindo e atualizando a temática central em torno da qual se articulavam os projetos, pessoas e instituições. Nos últimos anos, a Rede vem desenvolvendo experiência, interfere ativamente no cenário nacional de saúde e educação, procurando contribuir para a construção de um contexto mais favorável às mudanças pretendidas.

⁶⁴ Comissão constituída por onze instituições de relevância nacional, ligadas a educação médica: ABEM, CFM, AMB, FENAN, DENEM, CRUB, ANM, ANRM, ANDES, CREMESP, CREMERJ, acrescida nos últimos anos da participação do CONASEMS e CONASS (LAMPERT, 2002, p. 97).

A Câmara de Educação Superior (CES), após analisar e revisar a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da Saúde, tendo como referência documentos⁶⁵ pertinentes, apresentou o Parecer⁶⁶ Nº 1.133/2001, tendo por assunto às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, aos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC em audiência pública, ocorrida em Brasília, em 26 de junho de 2001. A partir de então, as Diretrizes específicas de cada Curso de Graduação da área da Saúde passam a ser instituídas⁶⁷ por Resoluções⁶⁸ do CNE/CES.

Conforme especificado pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que, no entanto,

[...] devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as

⁶⁵ A Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde N.º 8.080/90; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) N.º 9394/96; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação N.º 10.172/2001; Parecer CES/CNE 776/97; Edital da SESu/MEC N.º 4/97; Parecer CES/CNE 583/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial sobre Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2000; o Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio de 1999; Documentos da OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), da OMS (Organização Mundial de Saúde) e Rede UNIDA bem como, instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

⁶⁶ Parecer: ato pelo qual o Conselho Pleno ou qualquer das Câmaras pronuncia-se sobre matéria de sua competência.

⁶⁷ Nem todas as Diretrizes estão aprovadas, visto que muitos dos Cursos ainda não conseguiram acordar as necessidades nesse processo de discussão.

⁶⁸ Resolução: ato decorrente de parecer, destinado a estabelecer normas a serem observadas pelos sistemas de ensino sobre matéria de competência do Conselho Pleno ou das Câmaras.

diretrizes devem estimular o abandono de concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (Parecer N.º CNE/CES 1.133/2001).

Embora definidas como constituindo orientações, ao mesmo tempo, tomam um caráter mandatário, não opcional, quando especificado que: *devem ser necessariamente adotadas*, mesmo que na continuidade apontem uma abertura e um estímulo à passagem de um currículo grade para um currículo rede, embora ambos possam ser prisionais, abrem espaço para *transformações no papel*, ou meras adaptações. Premidas pela obrigatoriedade de adaptarem-se às determinações legais, as IES correm o risco de encurtar ou mesmo prescindir de um processo necessário no campo de enfrentamentos éticos-políticos que, coletivamente, sejam instituintes de uma outra concepção de educação, de formação, de currículo.

Ao mesmo tempo, são definidos como objeto e objetivos das Diretrizes "permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade" (Parecer N.º CNE/CES 1.133/2001). Estes são os mesmos *pilares* propostos pelo Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI (DELORS, 2001 p.89-101): *aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a*

conhecer, a fim de garantir a "capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades" (Parecer N.º CNE/CES 1.133/2001).

Comum a todas as Diretrizes para os Cursos da área da Saúde é o destaque para a necessária articulação entre essa e a Educação Superior, com vistas ao desenvolvimento de uma formação geral e específica dos graduandos. Formação que deve estar voltada para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, tendo o conceito de saúde⁶⁹ e os princípios e Diretrizes⁷⁰ do SUS como elementos fundamentais.

A maioria das Diretrizes para os Cursos da Saúde foi aprovada e homologada entre 2001 e 2002. As do Curso de Medicina foram homologadas em 1º de outubro, pela Resolução CES 04/2001. Em relação a elas Araújo⁷¹, em sua fala de abertura

⁶⁹ Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

⁷⁰ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (LEI N.º 8.080/90).

⁷¹ Presidente da ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica - O perfil do médico no Século 21. Conferência de abertura do VII CGEM, de 20 a 22 de maio de 2004, em Rio Grande - RS.

do VII CGEM, enfatizou que são "a concretização do trabalho das escolas médicas e de seus alunos, durante os 12 anos da CINAEM". No entanto, nem sempre são percebidas desta forma. No período das avaliações do Curso de Medicina da FAMED e, "no decorrer das visitas aos Colegiados dos Departamentos, para darmos conhecimento das avaliações e já propondo uma discussão do internato de 18 meses, em princípio de setembro de 2001", registra o diretor da Unidade, "fomos surpreendidos pela aprovação das Diretrizes Curriculares para o Ensino Médico Brasileiro, emanadas do Conselho Federal de Educação" (Relatório de Gestão da Faculdade de Medicina/UFRGS, 2001-2005).

Ao mesmo tempo, quando questionados quanto à participação no processo de construção das DCMED, os professores manifestam que:

PEN [...] minha participação foi mínima em termos de proposta, nenhuma, nunca tinha ouvido falar até que foi publicada, pra mim ta vindo de cima pra baixo. Eu não sei como elas surgiram, mas eu desejo que elas tenham sido construídas muito mais das necessidades do que dentro de uma filosofia partidária, eu desejo que aquilo seja uma construção autêntica. Não existe neutralidade, na verdade muitas pessoas que são mais ativas aparecem mais, quem grita mais é mais ouvido. Não sei se não há um desvio aí.

O desconhecimento do processo se manifesta e a possibilidade de que exista uma ligação entre tais decisões e o político aparece como justificativa para a omissão e a desresponsabilização com a participação, quando a decisão emana de instância superior.

PEI [...] às vezes eu penso que houve um equivoco na discussão das diretrizes, eu custei a entender como diretriz, como necessidade de trabalhar de baixo pra cima. Eu senti num primeiro momento muito as coisas vindo de cima pra baixo, muita imposição, e o que eu acho é que a maioria dos colegas deve ter sentido isso, acho que isso não foi uma coisa minha, deve ter sido um negócio de equivoco institucional.

Entre a imposição e o dito "equivoco institucional", "os pilares da educação para o Século XXI aparecem como *de barro*". As hierarquias da instituição impõem limites à difusão das informações que poderiam oportunizar trocas e diálogos.

PEM [...] todos os grandes movimentos têm diversas leituras. Eu acho que os que participam dessas mudanças, que vão e sugerem, às vezes, são grandes teóricos também. E quem ta no outro lado, no combate, tem outra visão.

O "combate" aqui expressa o trabalho mesmo realizado e que se enfrenta com o que os teóricos, ou técnicos de gabinete, decidem. Esta é mais uma marcação da diferença entre o trabalho manual e o intelectual. Neste caso, o trabalho do médico esta sendo colocado como não intelectual e o do professor igualmente é manual, pois ambos serão os que irão colocar em pratica as DCMED. Ambos serão *os fazedores*.

PEH [...] acompanhei desde o inicio como se produziram estas diretrizes, até que se chegou a algum consenso, e, em termos gerais de entidades, as bases foram ouvidas, mas, particularmente em termos de discussão, uma pessoa foi o elemento responsável pela sistematização. Hoje em dia ainda se tem aquela idéia de que se tem uma pessoa no teu grupo que é especialista naquilo ali, é pra ela que deve se dirigir àquela tarefa, não precisa o grupo todo, essa pessoa é responsável. Ele é especialista mesmo, tal coisa é de fulano, a outra do outro. Tenho muito medo de rótulos, quando se rotula se acaba o processo. Isso existe, não dá pra voltar atrás.

A disputa de posições mostra que existe uma outra forma de promover as mudanças e de fazer este registro, embora a presença da concepção do especialista permaneça e oriente as escolhas e encaminhamentos. O processo de sistematização aparece como restrito à interpretação de uma pessoa tida como especialista no assunto, o que corrobora para que no papel a Instituição apresente as exigências legais.

PEE [...] com certeza, ninguém pode dizer que as diretrizes curriculares caíram de cima para baixo, do Ministério, porque isso é confirmar que quando eu fui chamado eu não participei. Dizer isso aqui é novo pra mim, me desculpa, tu estas passando um atestado de que tu foste omissor na época em que foi solicitado pra todas as faculdades. A nossa participou, eu participei, meu departamento participou. Eu não encontro nenhuma crítica maior [...]

A implementação e operacionalização das DCMED, que dependendo de como forem apropriadas, podem trazer alguma diferença, fica não só limitada pelas resistências geradas pela não participação, como também pelo atrelamento a interesses corporativos que interferem diretamente na Instituição de Ensino, no trabalho acadêmico dos professores e, dessa forma, no processo de formação.

As falas evidenciam que o processo interno não percorreu os mesmos caminhos, o que pode estar ligado à fragmentação da própria instituição em departamentos, muitas vezes verdadeiros guetos hierarquizados, ou a própria forma como o processo foi conduzido, gerando dúvidas e resistências. A relação de forças transparece na afirmação de que quem grita mais é ouvido, na desvinculação teoria/prática dos que participam nas instâncias decisórias, no atrelamento aos interesses de grupos. Entre a incapacidade em produzir a crítica por dentro do processo e a omissão de participação, existe o espaço que organicamente constitui o trabalho do professor.

Nesse espaço orgânico de movimento, da discussão, da institucionalização e implantação das Diretrizes Curriculares, os enfrentamentos foram e continuam presentes, seja no próprio Sistema de Saúde, por não encontrar nos profissionais egressos das universidades a qualificação da qual necessita, ao que, teoricamente, as DCMED tentam dar uma resposta; seja na sociedade que tem em relação ao

profissional médico a expectativa de que ele atenda certas necessidades, o que não está acontecendo; seja no movimento do setor privado que integra o Sistema de Saúde; seja pela corporação médica. Tais forças estiveram presentes quando do debate público das Diretrizes, mas também quando da organização e realização das Assembléias do Núcleo de Educação Médica.

Neste movimento, aparentemente democrático, que debate a participação, a responsabilidade, as hierarquias, a construção coletiva, entre outros elementos, é que se dá a "formação do médico enquanto mercadoria, força de trabalho para um mercado de trabalho escasso de empregos, inclusive para médicos, por um lado, e de outro, a formação do médico enquanto pessoa humana que se irá relacionar com outras pessoas, que tem uma postura crítica e ética diante do mundo em que o capital se globaliza" (RIBEIRO, 2004).

Dentro disso, resalto a seguinte fala:

PEB [...] as diretrizes foram construídas por cabeças pensantes, idealistas provavelmente, acho elas extremamente pertinentes, acho que é sair do modelo cartesiano que permeou todo o século XX, de dividir todo mundo em pedaços e depois alguém junta. Acho que é exatamente isso que tá o curso de medicina, e se a gente lê as diretrizes curriculares, dá vontade de todo mundo voltar pra trás e ser aquele médico ideal ali, como se fosse capaz de produzi-lo por ter as diretrizes curriculares.

O professor deixa entrever que, embora pertinente, não é pela emissão do instrumento legal que as transformações na formação do aluno de medicina vão ocorrer, visto que para isso uma série de condições é necessária, entre as quais o trabalho acadêmico do professor. As Diretrizes (DCMED) estabelecem no Art. 3º que o egresso deve ter uma formação "generalista, humanista, crítica e reflexiva,

podendo atuar nos diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, tendo como perspectiva teórica o conceito da integralidade da assistência, pautado no senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano". No entanto, tal enunciado não implica em que o trabalho do professor assuma efetivamente este fazer.

O documento legal incorpora as reivindicações de lutas empreendidas na saúde, desde fins da década de setenta, nos marcos, anteriormente referidos, Conferência de Alma Ata, o processo de Reforma Sanitária, a luta por uma saúde voltada para as reais necessidades da população, trazendo, como diz Lampert (2002, p. 97), "um avanço de abrangência política e social no contexto na saúde". E também as lutas dos cursos de graduação e dos seus professores por uma sólida formação que permita o entendimento da pessoa humana em sua totalidade, base para posterior especialização.

A correlação de forças, decorrente das tensões e lutas entre as duas tendências na formação dos médicos, generalistas ou especialistas, como vimos já evidenciadas nas escolas de Cós e Cnide, como também as tensões enunciadas por Cordioli e Piltcher (2001), parecem encontrar nas Diretrizes (DCMED) a consolidação de uma concepção contra-hegemônica de saúde e de formação médica.

Contudo, analisando mais detidamente a questão, tendências contraditórias se manifestam no nível mesmo da superestrutura. Ou seja, o professor de medicina,

para formar um aluno dentro da proposta das Diretrizes (DCMED), uma formação generalista, tem que ter ele próprio uma formação diferente daquela que a própria academia exige dele quando ingressa como professor na universidade: um superespecialista. Como este superespecialista formará um generalista?

A universidade exige, via de regra, para entrada em seu quadro efetivo, professores com doutorado. Em medicina, não existe doutorado em áreas muito genéricas, este é quase sempre em uma área específica, ou área básica. Dessa forma, a tendência é a seleção de especialistas para compor o corpo docente da unidade. Cria-se, então, uma situação perversa, digamos. Ao mesmo tempo em que há intenção de ter um efetivo de professores titulados, há, em decorrência desta mesma titulação, por um lado, um movimento de afastamento destes professores da graduação e, por outro, um fazer que se dirige não para a formação de um generalista, mas para a de um especialista.

Em termos específicos no que se refere à FAMED/UFRGS, como já explicado anteriormente, a maior parte do curso de medicina desenvolve-se dentro do HCPA, um hospital de altíssima complexidade que trabalha com especialidades. Esta é a realidade que o estudante aprende e que a maioria dos professores vive. Dentro disso, qual será a força hegemônica capaz de promover um trabalho acadêmico de professor na direção da integralidade, da humanização, dos princípios do SUS? Que lugar ocupa a força corporativa na composição do trabalho deste professor?

O mercado exige um profissional flexível, competente, que, no texto das Diretrizes Curriculares responsabiliza a graduação pela "formação de um médico

com uma visão mais ampla, que seja um profissional dotado dos conhecimentos necessários para o exercício das competências e habilidades de atenção à saúde, capaz de tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente", além de um rol de competências e habilidades específicas. No entanto, objetivando contemplar o Sistema de Saúde do país com esta formação dos médicos, não é o trabalhador do SUS quem qualifica este profissional. Entre ser trabalhador e ser profissional oscila o vínculo do trabalho acadêmico do professor da universidade pública.

A formação médica desenvolvida pela universidade centra-se no especialista, e até mesmo a sociedade exige isso de certa forma.

PEG - Os profissionais que saem daqui da universidade, em geral, são mais especialistas, nós não temos uma tradição de gerar indivíduos de formação geral. Eu acho que hoje é difícil tu não dominar uma área mais a fundo. Mas eu acho que uma visão geral todo mundo tem que saber bem, aliás, em todas as áreas.

PEI [...] a gente vê assim que existe uma resistência. Mas em tudo o que é mudança existe uma resistência, eu acho que as pessoas, e isso é humano, não abrem mão de seus poderes, quando mais quando foram institucionalizados. Acho que até é humano e pode ser até que seja, pode tá usando esta estratégia só para acabar fazendo a mesma coisa que todo mundo faz, que não seja para construir. Pode usar o fato de fazer a mudança só para trocar figurinhas, manter tudo para continuar como era.

Além disso, a menção a uma formação que contemple as necessidades do SUS gera *mal-estar* e *indignação* entre professores do curso, evidenciando o quanto, embora fixada pela Lei, a concepção do sistema único não construiu hegemonia e enfrenta a concepção hegemônica. Neste sentido, ressalto a seguinte fala:

PEE [...] assusta um pouco porque que ela diz que o médico tem que ser preparado para atender às situações mais comuns e que ele tem que estar preparado, principalmente, para atender pacientes do SUS. Isso aí assusta muito as pessoas, eu critico aquela frase. Eu acho que um médico tem que sair de uma faculdade de medicina em condições de fazer um primeiro atendimento de qualquer paciente. As pessoas dizem assim: quer dizer que agora eu tenho que fazer uma medicina bem básica, que é só para atender pacientes do SUS. Mas quem é que disse que o paciente do SUS tem que ser atendido com uma medicina básica? Talvez eu não tenha muito o que fazer pelo paciente, não vou receitar um remédio de 100 reais a caixa, mas eu vou dar uma boa medicina. Eu ouvi uma frase assustadora, foi assim: ah, quer dizer que agora a faculdade de medicina esta se preparando para cubanizar o aprendizado. Não chegam casos básicos no Clínicas e porque em vários locais das Diretrizes sempre fala nas doenças prevalentes, então, se é nas doenças prevalentes e nas situações prevalentes e na maior clientela pro médico, é o paciente do SUS, não precisava dizer. Se o corriqueiro do dia-a-dia e o grande cliente é o paciente do SUS, que seja o paciente do SUS. Então aquilo ali assustou um pouco. Eu acho que a Diretriz é muito boa, porque se as escolas médicas conseguirem todas se adaptarem às Diretrizes, não vai acontecer o que esta acontecendo agora, por exemplo, no município de Porto Alegre, que tem 14 vagas para o programa de médico de saúde da família e não tem médico que se inscreva pro programa, porque eles não sabem o que é isto, eles não sabem o que é atenção básica, não sabem o que é atenção primária, e o grande empregador do nosso aluno, quando ele se formar, vai ser o SUS, queiramos ou não, e a grande população que necessita é o paciente do SUS. Então eu acho que nessa parte as Diretrizes estão corretas. Elas têm que preparar o médico para enfrentar a realidade e não para ser um super especialista [...].

Para consolidar a formação desejada, o instrumento legal determina, no Art. 9º, que a construção coletiva do projeto pedagógico do Curso de Medicina seja "centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem". Este projeto pedagógico deverá buscar a "formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência", atendendo ao princípio da indissociabilidade.

O Projeto Pedagógico da Faculdade de Medicina, para o período 2003-2006, especifica que o curso de medicina visa a formação geral do aluno em medicina, capacitando-o para:

[...] promover e proteger a saúde da gestante, da criança, do adulto e do idoso; a prestar assistência aos problemas de saúde de maior prevalência na população e encaminhar, adequadamente, os níveis mais complexos; a tomar as medidas necessárias à preservação da vida em situações de urgência médica; estabelecer uma relação adequada com pacientes, famílias e a comunidade, respeitando normas éticas; a conhecer os princípios básicos de planejamento, organização e direção dos serviços de saúde; a avaliar trabalhos científicos, elaborar e executar projetos de pesquisa, e a continuar sua educação médica de forma autônoma.

O Projeto Pedagógico da FAMED, ao especificar seu período de vigência, pode evidenciar a intenção de que seja aberto a um re-olhar, a partir de análise crítica de como foi realizado na prática, mostrando os percalços, as conquistas, os desafios ainda presentes ou aqueles que são constantes, enfim, sugere movimento. Por outro lado, a especificação desse período pode evidenciar um vínculo entre uma política de gestão e uma de direção, na exata medida de duração. Nesse sentido, cabe atentar o depoimento de um dos entrevistados, quando diz que:

PED - Todas as faculdades de medicina dizem o mesmo: o objetivo do curso é formar um médico geral, humanista, competente, ético, técnico, visando à saúde coletiva do povo. Nenhuma delas faz, isso é um jargão, nós agora estamos construindo.

A colocação do entrevistado mostra a cisão entre o que consta em documentos, no caso no Projeto Pedagógico (PP), e o que é o discurso sobre o objetivo do curso de medicina. Evidencia, ainda, qual é a prática em que se desenvolve a formação na Instituição em questão, bem como no conjunto das escolas médicas. Todavia, há um esforço em alterar esta realidade por meio do chamamento à participação nesse processo de construção do PP, o que não tem se mostrado fácil.

Com o intuito de privilegiar a "participação do aluno na construção do conhecimento", as Diretrizes preconizam o estímulo ao uso de metodologias ativas. As avaliações "devem ser baseadas nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos", lembrando o modelo médico de construção de conhecimentos, a medicina baseada em evidências. Tal é o modelo científico que dá origem aos *protocolos de atendimentos*.

As necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, segundo os documentos, são o eixo estruturador do Curso e do currículo e incluem as dimensões éticas e humanísticas, na intenção de desenvolver no aluno as "atitudes e valores orientados para a cidadania". A utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem visa permitir "ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização, da prática e do trabalho em equipe multiprofissional".

Dessa maneira, será proporcionado ao estudante interagir "com usuários e profissionais de saúde" desde o início de sua formação, bem como manter contato "com problemas reais", indo gradativamente assumindo responsabilidades de "agente prestador de cuidados e atenção". Conforme ainda o Art. 12, por meio da integração ensino-serviço, visa-se a vinculação da formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

A interdisciplinaridade e a inserção do aluno em atividades práticas, consideradas como "relevantes para sua futura vida profissional", são ressaltadas como direções a promover. No entanto, chama a atenção o uso da expressão *precoce* articulada a inserção do aluno nas atividades práticas. A palavra *precoce*

significa prematuro, antecipado, antes do tempo. Por que considerar a participação do estudante em atividades práticas, que o próprio documento considera como relevantes, e que permitem vivenciar e conhecer a realidade da saúde, da futura profissão e outros profissionais como prematura? Em relação a que essa inserção é considerada precoce?

Como privilegiar a interdisciplinaridade quando o processo de trabalho é marcado pela dificuldade de ouvir o outro, como anteriormente já referido? Que manifestação há do reconhecimento de diferentes saberes? Que ligação há entre os diferentes departamentos de uma mesma Unidade e com os das outras unidades? Sobreposição de disciplinas? Um aglomerado de pessoas trabalhando "em equipe", cada um olhando o seu pedaço? Que sentido tem interdisciplinaridade neste contexto?

PED [...] o médico tem muita dificuldade de dizer que não sabe, por uma série de razões. O professor de medicina muito mais, fica muito intrigado quando começam a falar de uma coisa que não é da área dele e ele não sabe, isso é um problema que dificulta.

Tal como nos mostra MACHADO et alli (2001, p. 145), "o trabalho interdisciplinar exige paixão, comprometimento e trabalho coletivo solidário", situação em que reconhecer o não saber é o primeiro passo para compartilhar outros conhecimentos e viabilizar os diálogos possíveis. É trocar saberes e não saberes.

PEJ [...] a gente não consegue mudar as pessoas e isso é o grande problema, você se defronta com a situação muito séria: se algumas disciplinas, não todas, não conseguem se entender entre si, os seus membros não se falam, como é que tu vai querer que se trabalhe com interdisciplinaridade? Esta uma situação muito complicada. É possível? É, mas como esta conseguindo fazer isso? Falta absoluta de humanização.

dos médicos que nós estamos formando e dos professores que aí estão, muitos deles pelo menos.

Resguardado o contexto, as bases das Diretrizes (DCMED) nos remetem à tendência pedagógica conhecida como Escola Nova, definida como "a corrente que trata de mudar o rumo da educação tradicional, intelectualista e livresca, dando-lhe sentido vivo e ativo" (LUZURIAGA, 1977, p. 227)

Conforme Ribeiro (1996)⁷², a maioria dos autores concorda que John Dewey, já em fins do século XIX, sistematizou os ideais escolanovistas, entre os quais podemos destacar: processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno, onde o professor passa a ser um organizador e orientador das experiências; o processo assume lugar de importância, e não mais o produto. Nesse sentido, a avaliação passa a ser "processo concomitante às experiências, devendo, o professor, planejá-la e verificar a sua pertinência de modo a permitir que o aluno possa mensurar seus progressos". Para a concretização destes objetivos são necessários métodos inovadores, "onde a educação formal se desenvolva para além da sala de aula". Entre estes métodos, destacam-se projetos, atividades orientadas individuais ou em pequenos grupos, estimulando-se o uso de novos meios e instrumentos pedagógicos, no contexto social no qual são gestados⁷³. Atualmente

⁷² Texto inédito Significado histórico e pressupostos epistemológicos da Escola Nova: repercussões no pensamento Educacional Brasileiro, cedido a mim pela autora.

⁷³ Não é possível esquecer, entretanto, que o movimento da escola nova surge num contexto em que exigências eram demandadas pelos novos processos produtivos das fábricas, amaciadas pelo discurso liberal, centrado no indivíduo livre e competitivo. Feita a Revolução Russa, produzidas duas grandes guerras, era necessário ao capitalismo contemplar a massa trabalhadora com alguns benefícios da riqueza socialmente produzida. O Estado liberal é reformado em Estado de Bem-estar Social, de acordo com a especificidade de cada país. Lado a lado com os benefícios sociais conquistados, precisava ser produzido operários disciplinados, produtivos, apaziguados. Um trabalhador com capacidade de se adaptar e readaptar constantemente a novas funções, o que exigia uma formação dinâmica, valorizadora da iniciativa, do trabalho em equipe. A isso respondeu a Escola Nova. Um novo projeto educativo para um novo trabalhador. No Brasil, já na década de 20 do século

tais meios incorporam tecnologias informatizadas e midiáticas como o cinema, televisão, vídeo, computador e outros.

Passados mais de 80 anos, as propostas de Dewey retornam ao lado das novas necessidades de acumulação do capital que têm no neoliberalismo seu suporte ideológico. As Diretrizes incorporam reivindicações de batalhas travadas na educação e na saúde, resgatando sonhos e lutas pela construção de novas relações sociais e de uma sociedade voltada para a dignidade humana. Porém, não podemos esquecer que é sobre uma determinada base material, o modo de produção capitalista, que se ergue uma superestrutura ideológica da qual a legislação é parte.

A partir disso, é necessário aguçar o olhar, pois, latente no desenvolvimento de competências e habilidades, encontra-se uma concepção de mundo centrada no indivíduo, no individualismo, e que busca formar um trabalhador flexível, adaptado, competente para as diferentes situações que forem necessárias. Competências que entram, então, como forma de resolver a flexibilidade para atender às necessidades do capital.

Quando questionados quanto aos grupos que se enfrentam no processo de implantação das DCMED ao curso de medicina da FAMED, aparecem pelo menos três diferentes posições: os indiferentes, os que acreditam e lutam pelo projeto, ou contra ele, e os que resistem e se apropriam de um discurso, trabalhando para que

passado, se manifestam as idéias escolanovistas, ligadas à modernização do país, embasadas sobre os eixos: liberdade, atividade, individualidade. Mesmo representando um progresso em relação aos métodos tradicionais, nos diz Ribeiro (1996), seu compromisso com o liberalismo, que pressupõe as desigualdades sociais e educacionais como responsabilidade do indivíduo, desvinculando educação e sociedade, constitui-se no seu limite de classe.

nada aconteça. As respostas, por vezes curtas ou longas, estão transcritas para assegurar as posições defendidas neste enfrentamento.

PEM [...] eu me coloco no grupo que se dispõe a revisar-se e revisar a conduta. De outro lado, tens as pessoas absolutamente impenetráveis. Certamente entre estes dois grupos haverá alguns intermediários, não sei quantos, tem que haver um terceiro que não ta definido e que pode se definir pra um lado ou pra outro.

PEH [...] tem os progressistas, 10, 12%, os conservadores, 60%, e os indiferentes tanto faz, tanto fez. Eu sou progressista.

PEG [...] tem um grupo que realmente quer tentar mudar a coisa pra melhor, acho que realmente tem um grupo que pensa assim. E um grupo que realmente não quer mudar, acha que ta bem assim. Na realidade eu me coloco no núcleo que quer ajudar, que quer ouvir. Mas me pergunto, será que realmente vai ser bom? [...] na realidade eu me coloco no núcleo que quer ajudar, que quer ouvir. Eu to sempre aberto para modificações, eu nunca sou fechado em nada, nem pros estudantes, nem pros colegas, nem pros pacientes.

Parte dos entrevistados explicita sua posição com uma linguagem clara ao colocar-se como um dos integrantes do conjunto dos professores da FAMED e como integrante de uma das forças presentes. Eles se comprometem e compromissam com suas posições. Outros, falam da *posição do outro*, seja por não refletir sobre a própria posição ou por considerar que ela esta *à priori* dada. Atendendo ao compromisso ético de não identificação dos entrevistados, posso afirmar que, no conjunto das respostas de alguns dos professores, esta coerência entre o dizer e o fazer no processo de mudança se faz presente.

PEB [...] tem um grupo, assim, que eu não chamo nem de contra, sabe, mas que não tem vontade de se mexer por estar totalmente tomado pelo desânimo, porque todo passado, toda história das transformações, e

reformas curriculares que eles encamparam, elas envolveram um número X de pessoas e tem sempre esses desanimados e derrotistas que se pegam naquilo de que isso nunca vai mudar, que o governo nunca vai dar condições para que as pessoas trabalhem felizes, e que o que ta no papel vai ser cumprido. Esse grupo, infelizmente, ele é grande. Dentro de tudo isso que a gente presencia, ele passa a cuidar mais dos interesses pessoais, porque, na verdade, quem ta preocupado com eles, em termos de Estado, de nação, não existe, ele é um grupo muito grande. Existe o grupo dos sonhadores, que são aquelas pessoas experientes, sonhadores no sentido, assim, que conhecem todos os conceitos, algumas vezes fizeram ou fazem, no decorrer da sua carreira, a sua parte, mas as coisas maiores, as coisas que pegam o todo, eles só conseguem pensar o que é certo, mas não conseguem fazer e nem liderar. O máximo que eles conseguem, às vezes, é fazer a sua parte no sentido, assim, monta seu curso de extensão, monta a sua linha de pesquisa, mas nada que exija o tempo dele pro bem comum, ou de fazer algo para essa mudança, porque não abre mão daquelas coisas pessoais que ele conquistou, embora ele também acrescente muito pela vivência que ele tem, pelas experiências pessoais que ele tem, e colabora com o todo com essa visão. O grupo que é menor e que mais faz falta são as lideranças, ou as pessoas realmente envolvidas, elas têm que ser estimuladas e têm que aparecer por talento natural, mas também por construção, no momento certo, de alguém que apoie essas lideranças que vão surgindo. Esse grupo, que eu chamo de operacional, ele é muito pequeno. É a pessoa que pensa, lidera e toca e faz uma equipe. Que é diferente, tem muitos que fazem só para o seu bem, trabalham sozinhos. Esse outro grupo dos que fazem, talvez a gente dividindo assim os que fazem e os operacionais, naqueles que são divisão mais do todo e aqueles que conseguem fazer, mas conseguem, centralizando muito, o que afasta muito as pessoas. Esse tipo de coisa não pode ter dono. Acho que esse dos operacionais seja por aspecto global, seja por um menor grupo, ele é muito pequeno. E há falta de liderança, acho que é um mal que é do país. E tem aqueles... ficamos com os desanimados e os negativistas, os sonhadores, mas que não fazem, os que operacionalizam para si e manejam enquanto estão no poder, os líderes de verdade que passa pelo conceito do bem comum e trabalhar em equipe e eu acho que tem o grupo do marasmo, me deixa quieto no meu lugar, se tu me der uma tarefa pra fazer eu cumpro, se tu não me der me deixa quieto, e talvez esse seja o grupo que é mais mobilizado, que tu consegue ainda mexer e tirar algumas pessoas de seu mundo. Às vezes, são pessoas extremamente positivas no seu ambiente, mas no sentido geral, não. Acho que todos os professores da medicina, pra viver essa vida, entraram aqui com sonhos e com ideais. Acho que o que aconteceu ou que dividiu esses grupos foi a vida, foi a falta de apoio, a falta da estrutura em comum. Se tu tens uma faculdade, separada de onde o resto do hospital vive, que não se cruza, não tem um corredor de comunicação, que não tem reuniões em comum, ou são poucas que sabem o que as outras pessoas estão fazendo, não tem investimento no professor. É difícil separar em grupos, mas acho que tem esses que, pra mim, são bem identificados [...]

O que separa as pessoas tem sua base no modo de produção. Entre a ideologia dominante e a utopia de um outro projeto de sociedade, entre o individual e o coletivo, o professor se vê dividido entre a escolha pessoal e a determinação

material para assegurar um lugar. A ideologia aparece como ser médico ou ser professor.

PEF [...] tem os voluntários, os voluntariosos, pessoas que compraram a idéia e batalham por ela, são um número pequeno, por que acreditam nelas. O segundo grupo é um grupo contrário, que não acredita por questões filosóficas, acham que tá muito bom e não tem que mudar. E tem uma grande maioria que não se interessam pelo assunto. Os que são contra pelo menos tu consegue estabelecer um diálogo, tu consegues discutir, estas questões que são filosóficas são muito interessantes e geram conhecimento para o crescimento dos dois lados. O problema que a gente tem é o grupo silencioso, que é a grande maioria dos professores, não se engaja, tão fazendo o que tão fazendo e estão satisfeitos com isso.

PEL [...] tem um grupo de professores que estão nem aí. Não querem saber, não vão saber, vão fazer o trabalho deles e independente do que aconteça, desde que não mexa nos feudos deles, pois, quando mexerem, talvez, eles percebam que existam outras coisas. Tem um grupo de professores que é formalmente contra, seriam os conservadores por opção, conservadores do seu poder exclusivo e não querem perder, acham que é uma ameaça e estão mobilizados contra, eles absorvem o discurso e o usam para não se mostrar, mas, trabalham contra, são os mais perigosos. Tem um grupo de professores que concordam com a questão, mas ao mesmo tempo não têm subsídio, conhecimento, uma série de pré-requisitos para fazer essa implantação. Seja de uma ordem da educação, de questões pedagógicas que estão envolvidas nessa história, quanto da ordem do sistema de saúde mesmo [...].

Se este trabalho se sustentasse numa concepção pós-moderna poderia ser dito, tal como o fez Jean Baudrillard (1985), que estas são parte das *maiorias silenciosas* que por inércia mudam o mundo. No entanto, para esta pesquisa, tais entrevistados expressam um não comprometimento que, ideologicamente, assegura a reprodução e a manutenção das relações sociais e materiais como um projeto hegemônico desta sociedade capitalista brasileira. O medo de perdas individuais, por outro lado, parece ser o que faz com que estes professores abram mão de participar de um outro projeto coletivo.

3.4 As Reformas Curriculares e a FAMED

Inicialmente, conforme já referido anteriormente, o ensino de medicina baseava-se no sistema de cátedras vitalícias, sendo que os três primeiros anos eram destinados ao ensino de biologia e dos agentes patogênicos; o quarto ano concentrava-se nas propedêuticas clínicas e cirúrgicas e, nos anos subseqüentes, os alunos passavam pelas diferentes cátedras de especialidades (urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, ginecologia). As disciplinas de bacteriologia e química biológica, mesmo fazendo parte do currículo das demais faculdades, foram introduzidas aqui. O currículo se apresentava, então, da seguinte forma:

[...] 1ª série: física experimental, química mineral e princípios de mineralogia, botânica e zoologia. 2ª série: anatomia descritiva, histologia, química orgânica, bacteriologia. 3ª série: fisiologia, patologia geral, anatomia e fisiologia patológicas, química biológica. 4ª série: patologia médica, patologia cirúrgica, terapêutica, farmacologia e arte de formular. 5ª série: operações e aparelhos, anatomia médico-cirúrgica, obstetrícia, clínica propedêutica. 6ª série: higiene, medicina legal, química analítica e toxicológica, clínica obstétrica e ginecologia, clínica cirúrgica 1ª e 2ª cadeira, clínica médica 1ª e 2ª cadeira. 7ª série: clínica oftalmológica, clínica pediátrica, clínica psiquiátrica e moléstias nervosas (HASSEN, 1996).

A história do Curso de Medicina da FAMED mostra uma sucessão de longos períodos de consolidação e vários momentos de adaptações curriculares. O ensino de medicina se limitava ao repasse de conhecimentos científicos. Dentro do maior rigor possível, o médico devia reconhecer os órgãos lesados e classificar as afecções em termos dos grupos patológicos conhecidos. Cabia, ainda, a ele o papel de conselheiro. A Santa Casa de Porto Alegre, o Pronto Socorro Municipal e o

Hospital Psiquiátrico São Pedro eram os grandes espaços do aprendizado da prática médica.

No entanto, no início dos anos 50, é estruturado o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, com objetivo de estímulo e apoio ao desenvolvimento de projetos de pesquisa. Gradativamente, os professores passaram a se envolver nas pesquisas, nas demonstrações, e a ter maiores responsabilidades frente ao grupo, expondo relatos de pesquisa ou textos importantes para os estudos.

Na década de 1960 ocorreram reformulações no ensino de anatomia, bioquímica e patologia; o ensino de bioestatística se faz presente, evidenciando a preocupação com a pesquisa e seu estatuto científico; as áreas em que se dividia a medicina crescem, sendo desdobradas em especialidades diferentes. Com elas, surgem novas disciplinas, situação que acaba gerando disputas por espaços no currículo. O programa de residência médica é criado, estimulando a formação dos primeiros núcleos de pesquisa da Faculdade e permitindo, mais tarde, a criação de programas de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado.

PEM [...] uma das diferenças é que tu tinhas um contato mais direto, mais objetivo com o paciente. O que tu via na Santa Casa, Santa Casa era uma escola francesa e alemã basicamente, pega os livros daquele tempo, um bom diagnóstico clínico, bom uso da mão, a cirurgia ainda era uma arte. Aí tu chegas agora, claro que isso aí permanece de alguma forma residual, mas a grande coisa é fazer um diagnóstico brilhante, por tomografia computadorizada, etc. Então tu tens que usar coisas caríssimas há um estímulo permanente para isso. O mundo era mais, não to falando *saudosisticamente*, mas os estímulos e as necessidades eram mais centrados, mais concentradas, e nesse momento essas necessidades de carro luxuoso, também te obriga um giro econômico maior, numa atividade que esta menos remunerada. Isso pode chegar num cruzamento perigoso, de alguns exageros. To falando do exercício da medicina agora e não do ensino. Mas nós somos modelo de certa forma dos alunos, mesmo que a

gente não chegue a isso, não é o caso de todos aqui, existem muitos valores diferentes [...]

O contexto social mostra os vínculos entre projetos de sociedade e de formação profissional em diversos tempos. Da memória pessoal de um professor que poderia parecer mero saudosismo pode-se mostrar quanto os pressupostos e interesses sociais se modificam. Entre escolher uma profissão que promove a saúde e um curso que forma um técnico cumpridor de tarefas, que recebe alto salário em troca, mudam as concepções de mundo, de sociedade e de medicina.

Um convênio entre o Estado e a Universidade do Rio Grande do Sul é firmado em 1964, no qual a Universidade assume a responsabilidade, por meio de seu corpo docente, de trabalhar com seus alunos em medicina preventiva e saúde pública, e o Governo se compromete a instalar, organizar e manter a Unidade Sanitária, a ser chefiada por professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade, destinada a servir como espaço de ensino para prática médica. Assim, nasce a Unidade Sanitária Murialdo, possibilidade de estágio para o graduando, fora do hospital e inserido no contexto social do paciente. No entanto, o estágio como integrante do currículo é suspenso em fins de 70.

A Reforma Universitária de 1968 não mexeu propriamente no currículo, mas na estrutura da instituição. Aboliu o regime das cátedras, introduziu o sistema de departamentos que continha várias disciplinas, a semestralidade, o sistema de créditos e pré-requisitos, a avaliação por conceitos e a coordenação didática do curso por meio da, então, Comissão de Carreira (COMCAR).

PEG [...] eu acho que o que mais mudou dos últimos tempos pra cá, eu diria mais da década de 70, porque na década de 70 eu já tinha a experiência como monitor, eu acho que o que mudou foi o ambiente mais aberto. Foi a abertura, porque como estudante eu sofri isso, a gente não podia falar, criticar, comentar, talvez muito daquilo da gente não reivindicar hoje seja decorrente disso, na verdade eu vi colega sumir, ser preso. Eu acho que o que foi realmente salutar, foi um crescimento muito grande da liberdade. A gente tem uma liberdade grande de expressão. Porque como eu digo, o professor também tem essa questão que é muito pessoal, que é uma coisa que casa muito com a minha personalidade, que ele tem a liberdade de fazer como ele quer. Na realidade eu modifiquei a minha disciplina do dia pra noite. Quando eu era monitor, era totalmente diferente. Se pegar na década de 70, na década de 80, como ela é agora. Nós tínhamos uma verificação só no final, hoje nós temos seis verificações, eram duas na verdade, uma prática e uma teórica, nós dividimos em seis avaliações, hoje nós temos três práticas e três teóricas, nós procuramos fazer essa aproximação da prática com a teoria, e da aplicabilidade dos conteúdos. Procuramos tirar também aquele conteúdo puramente descritivo. Eu acho que a mudança foi no ambiente de liberdade, claro que tem dificuldades. Um prédio que já não tem mais condições de estrutura, nós temos um banheiro só aqui embaixo. Não tem mais como a gente modificar. Eu acredito que o ambiente também é importante. Se tu estas num ambiente que tem uma estrutura boa, e como eu trabalho em hospitais que têm uma estrutura muito boa, vir aqui que as condições materiais são muito precárias, em termos de estrutura física mesmo, é uma coisa que dificulta, eu acredito que dificulta até pros alunos, pros colegas. As pessoas têm outro tratamento, desde o porteiro, ele vai te cumprimentar. Se tu ta debaixo da ponte, tu não vai produzir a mesma coisa, que num ambiente melhor. A universidade também ela realmente não acolhe o professor, eu acho que o professor tem que ser acolhido no sentido de ter os instrumentos para o seu trabalho, nós não temos condições de acesso ao computador facilmente. Eu acho que as pessoas também ficam e desenvolvem os seus trabalhos naquilo que elas se sentem bem, que elas estão acolhidas. Claro que as pessoas vêm e voltam e se dedicam, se tu tiveres um acolhimento melhor, a produção é outra [...].

Tendo vivido os duros tempos da ditadura, o professor vê na "abertura" a liberdade de falar, de reivindicar, de criticar. Porém, a abertura política pela qual muito lutaram e morreram veio com o beneplácito das necessidades de expansão do capital, que já havia deixado marcas profundas nas relações sociais, na Universidade, nos professores e no seu fazer. A expressão "nesta casa", tão comum ao referir-se à Universidade como espaço de trabalho vinculado ao prazer, um espaço familiar, se transforma, neste contexto, em estranhamento. A vivência de longos anos neste espaço leva o professor à constatação da necessidade de acolhida aos professores, de fazer parte. Vozes que, como o menino da história

contada por Galeano, com a qual abro esta pesquisa, expressa o pedido: "diga a alguém que eu estou aqui".

A Faculdade, passa a adotar oficialmente, a partir da reforma de 1968, o modelo americano, como mostra Fávero (1988) baseado na incorporação destes princípios tal como aparecem no Relatório Acton e Meira Mattos. Na década de 70, é feito um desmembramento, onde o ciclo clínico passou a representar a Faculdade de Medicina propriamente dita e as Ciências Básicas da Saúde, distribuídas pelos departamentos do então Instituto de Ciências Biomédicas, tornam-se comuns a todos os cursos da área médica e biológica, e independentes da Faculdade de Medicina (HASSEN, 1998).

O trabalho do professor, formado desta maneira e que forma no mesmo modelo fragmentário, persiste atualmente e se manifesta, interna e externamente, na precária interação entre as unidades, os departamentos e as disciplinas, gerando uma série de problemas. Dessa maneira, o aluno cursa as disciplinas básicas, mas ainda não esta na Faculdade de Medicina. Ao longo dos anos, as disciplinas básicas foram sofrendo alterações na carga horária e no número de professores, em relação às disciplinas clínicas. Frente à partição realizada, e na tentativa de manter a unidade e a harmonia do currículo do curso médico, como um todo - matérias básicas e clínicas - foi criada a chamada Comissão de Carreira da Medicina (COMCARMED), composta por representantes de todos os departamentos que participavam da formação do médico (HASSEN, 1998).

O ensino de graduação tende, nos anos setenta, a se organizar a partir dos serviços do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a prestação de serviço tende a dominar sobre a ação pedagógica. Ao lado disso, a Faculdade, procurando adaptar o seu currículo às novas normas ministeriais, promove a fusão de várias especialidades em disciplinas de clínica médica ou cirurgia. Houve a criação de disciplinas para o estudo do desenvolvimento humano, bem como da disciplina relação médico-paciente, refletindo as pressões para inclusão no currículo médico de conteúdos humanísticos. Em 1971, foi criado o Departamento de Medicina Social.

PEH [...] uma faculdade como a nossa, centrada na pesquisa, centrada nos cem anos, a pesquisa é um grande dote que ela possui, mas é centrada na especialização. O modelo formador é um modelo que expirou o perfil da medicina da UFRGS, temos que saber entender pra onde a gente ta indo, existe diferença pessoal formado a 30 anos ou mais de 30 anos. Nós passamos por 3 currículos 042, 142, 242. O 142 tentou implantar acompanhamento de família, era um avanço fantástico, criava medicina ambulatorial de criança I, II, medicina ambulatorial de adulto I, II, introdução à prática médica, quebrava com aquela fragmentação, neuro 3 semanas, pediatria um semestre, depois neuro mais 3, a faculdade estava duplicando o modelo assistencial que era o modelo especializado que se usava dentro do Hospital Clínicas, hospitalocêntrico. A principal mudança, não há nada, isso aí não é só nosso, é geral, o aspecto político é importante, nós precisamos nos inteirar disso, participar um pouco mais, e isso aí na área médica, na faculdade é um problema, não se tem nada disso, não se discute nada. Não vejo nenhuma mudança, porque eles continuam fazendo sempre as mesmas coisas. Tanto é verdade que mudou três currículos e praticamente não se mudou nada. Se continuava fazer as mesmas coisas. Primeiro eram seis acompanhamentos, depois mal e mal ficaram 3. O problema todo é comunicabilidade, não tem a menor comunicação os departamentos são totalmente autônomos, eles trabalham por si. Quer ver uma coisa que surpreende: um departamento fez concurso para professor, e um candidato que é especialista na área apresentou doutorado em educação e não foi aceito. Até perguntei: Como fica essa situação, quando nós temos todo um direcionamento da reforma, temos diretrizes curriculares que dão sustentação pra isso, nos indicam o caminho que temos que fazer, nós estamos precisando de suporte, do relacionamento com outras áreas, principalmente com a área da educação e acontece isso. Ele não tinha como mentir, eles tinham autonomia. Acontece o seguinte, é que se tiver um gestor que tenha consonância, um acordo pactuamento com o chefe do departamento e colocar, olha aqui nossa dificuldade é assim, assim, nós temos um levantamento feito pelo MEC, que nós tivemos uma pontuação muito ruim, nós temos que mudar cenário, o tipo de professor. Consideramos o nosso professor bom, mas temos que estimular a presença de outro tipo de professor, vocês discutam isso lá no seu departamento e depois a gente vai voltar a conversar. Pega cada departamento faz isso. Eu quero um professor pra trabalhar com joelho, aí eles abrem só para esse aí [...].

Na estruturação do currículo da faculdade e nas discussões a respeito, Cordioli e Piltcher (2001) ressaltam que sempre esteve presente uma tensão entre duas visões distintas do perfil profissional que se devia graduar. De um lado, os favoráveis à formação do generalista e, de outro, os defensores do especialista.

Na reforma de 1980, a relação de forças parecia pender favoravelmente para a implantação de um currículo visando à formação do médico geral, com ênfase no ensino das quatro grandes áreas: clínica médica, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia; no estudo dos aspectos sociais, através de uma disciplina chamada sócio-antropologia; na proposta de uma abordagem integral dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais; no estímulo ao atendimento ambulatorial, comunitário e da família, por meio de um ensino integrado multidepartamental, que propiciasse a inserção do aluno na realidade da saúde. Enfatizava o ensino em nível primário e secundário, além do comprometimento com as necessidades de saúde da comunidade e com o término da graduação. No entanto, a reforma fracassou e inúmeras disciplinas foram extintas.

Tanto Hassen (1998), como Cordioli e Piltcher (2001), apontam que a implantação do novo currículo foi impraticável por inúmeros motivos, entre os quais destacam: a falta de estrutura administrativa e assistencial de apoio; a falta de adesão da maioria dos professores; a dificuldade de implementação de relações multidepartamentais, devido à própria estrutura dos departamentos; referencial teórico confuso que tomava diferentes termos como sinônimo de formação geral, sem ter claro que estavam ligados a movimentos ou modelos de atendimento específicos; e o sentimento de que a filosofia deste currículo fora uma imposição,

sem qualquer processo maior de discussões. Assim, a partir de 1986, uma nova reforma era pensada.

A reforma de 1989 procurou conciliar duas propostas: uma defendia a volta ao currículo tradicional e outra apontava um currículo diferenciado, tido por inovador. Foi mantida a proposta de formação do médico geral, porém, incluindo disciplinas clínicas e contato dos alunos com saúde e doença desde os primeiros semestres. Busca um melhor aproveitamento do tempo escolar e dos alunos nos serviços do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Houve a implantação do internato de 18 meses, e transformação das disciplinas clínicas em estágios.

Para orientar o ensino de graduação são, então, estabelecidos, pelos órgãos competentes, como princípios gerais: compromisso com a melhoria da saúde da população; ação médica baseada no conhecimento científico e numa relação humana de qualidade; visão ampla do processo de saúde-doença; formação geral do médico; ensino indissociável do treinamento em serviço e da pesquisa; contato precoce do aluno com os problemas de saúde e com os serviços; integração vertical e horizontal no currículo; ensino baseado nos problemas prevalentes de saúde; desenvolvimento no aluno do hábito do estudo autônomo e da busca da auto-educação continuada; avaliação contínua e personalizada do aluno. Concluídos os trabalhos, foram aprovadas as novas bases para o ensino de medicina, sendo o novo currículo implantado a partir do segundo semestre de 1990.

As reformas no currículo do Curso de Medicina, a partir de 1996, envolvem a relação com duas outras unidades da Universidade, que são o IBC e o ICBS, e que

possuem realidades muito diferentes da FAMED. Atendem um grande número de alunos, de diferentes cursos de graduação. Essa tripartição torna as relações tensas às vezes, pois mudanças que implicam alteração de horários ou redução de carga horária, mexem diretamente com não apenas o curso de medicina, mas com os demais cursos, sem falar nos professores, que são os mesmos para os diversos cursos.

As turmas do ensino básico possuem um número grande de alunos, o que dificulta, mas não impede, a realização de um trabalho diferenciado. Já o ensino na área clínica se faz, principalmente, na atuação direta do aluno e do professor junto ao paciente, no contexto hospitalar, em grupos de oito alunos, em média, desenvolvidos, predominantemente, no HCPA. As disciplinas são apresentadas sob forma de estágios, sendo que os alunos se vinculam a duas disciplinas por semestre. O Internato de Medicina social realiza-se em postos de saúde, que funcionam dentro do Programa de Saúde da Família.

Há, também, um núcleo de disciplinas integradoras, distribuídas nos quatro primeiros anos do curso. Nos dois primeiros anos do currículo, estão as disciplinas de Promoção e Proteção à Saúde da Mulher, Promoção e Proteção à Saúde da Criança e do Adolescente, Promoção e Proteção à Saúde do Adulto e do Idoso, Métodos de Abordagem em Saúde Comunitária, Relação médico-paciente. No terceiro e quarto anos do curso, estão as disciplinas de Saúde e Sociedade, Epidemiologia Geral, Administração e Planejamento de Saúde, e Ética Médica. Essas disciplinas utilizam, predominantemente, como cenários de ensino, ambientes extra-hospitalares, como escolas, creches, asilos, postos de saúde.

Em 1999, foi realizada na FAMED uma avaliação pela Comissão Especial do MEC, emitindo, então, recomendações, entre as quais destacam-se: organizar o internato em dois anos; equilibrar progressivamente atividades de enfermagem com ambulatorios e rede básica de saúde; desenvolver política de prestígio da Faculdade em relação ao Hospital; adotar novas metodologias de ensino, mais centradas no aluno; criar meios para um maior envolvimento do corpo docente com a graduação. Iniciou-se, então, um movimento no sentido de atender as recomendações do MEC.

Porém, a homologação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina, em 2001, impõe um novo direcionamento ao processo de mudanças que vinha se desenvolvendo, passando, então, a FAMED ao objetivo de "adequar o currículo às novas Diretrizes Curriculares, preparar os alunos para modificações no processo de ensino-aprendizagem e assumir o nosso compromisso com a educação continuada a distância" (FAMED, 2001, on-line)⁷⁴.

Frente ao objetivo de adaptação as DCMED, a Faculdade recebeu considerável estímulo ao ser selecionada, juntamente com outras 19 escolas

⁷⁴ Adequar o currículo às novas Diretrizes Curriculares, preparar os alunos para modificações no processo de ensino-aprendizagem e assumir o nosso compromisso com a educação continuada à distância. O Curso de Graduação em Medicina da FAMED/UFRGS pretende continuar a preparar médicos com formação geral, científica, ética, humanista, reflexiva e crítica. Seguindo o que preceituam as Diretrizes, tais profissionais deverão estar capacitados a intervir no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, através de atuação na promoção à saúde, na prevenção da doença, na recuperação e na reabilitação da saúde, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde do ser humano. Com relação as competências gerais, este médico, dentro de seu âmbito profissional, deve estar apto a desenvolver ações de saúde, tanto em nível individual como coletivo, numa pratica integrada com as instâncias do sistema de saúde, mantendo padrões de qualidade e princípios éticos, para a resolução dos problemas de saúde. Sua capacidade de tomar decisões deve visar o uso apropriado (eficácia e custo-efetividade) dos recursos humanos, materiais e tecnológicos. Este profissional deve ser acessível e confiável tanto na interação com a equipe de saúde como com seus pacientes e o público em geral; ter capacidade para integrar equipe multiprofissional de saúde; estar apto a gerenciar recursos humanos, físicos, tecnológicos e de informação; e manter-se atualizado. (HOMEPAGE FAMED, on-line, acesso em 20 de jan. 2004). Esta página não se encontra mais disponível on-line.

médicas do Brasil, pelo Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED).

Formulado em março de 2002, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Secretaria de Políticas de Saúde e Secretaria de Ensino Superior, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) objetiva ser um sistema de incentivos às instituições acadêmicas, que se dispõem a adequar, às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), a formação profissional oferecida, e que adotem práticas de ensino e de atenção à saúde, sintonizadas com o paradigma da integralidade⁷⁵, sendo que:

[...] a construção de um novo modelo pedagógico deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, configurados como princípios norteadores do movimento de mudança. Tal movimento deve estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção do conhecimento. As novas interações devem estar sustentadas também em relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, como forma de garantir o planejamento do processo ensino-aprendizagem, focalizado em problemas sanitários prevalentes (PROMED, 2002).

⁷⁵ Este conceito vem sendo debatido pelo LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde), e com produção de dois/três livros que têm como inspiração teórica as obras de Michel Foucault e Edgar Morin, entre outros autores. Mattos (2001) afirma que a integralidade tem sentidos múltiplos, dependendo do contexto em que é abordada. Destaca três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade, que incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. No entanto, salienta que, independente de abordar a integralidade como princípio orientador das práticas, como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. Acurcio (1997, p. 32) salienta, em relação à integralidade, que o SUS deve atuar de maneira integral, isto é, não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana.

De acordo com isso, a FAMED elaborou o Projeto de Reforma Curricular, que vem sendo implementado, sob coordenação da Direção, da Comissão de Graduação de Medicina (COMGRAD/MED) e do Projeto PROMED, e que tem no Núcleo de Ensino Médico (NEM) o eixo operacionalizador e sensibilizador deste processo com a participação dos professores para tratar dos assuntos referentes a mudanças na educação médica. Neste Núcleo, os professores contam com dois representantes de cada departamento, sendo que um é membro da COMGRAD/MED e outro, indicado pelo Departamento para fazer parte das comissões de trabalho.

Para a discussão das propostas de reforma, foram realizadas reuniões internas, em cada departamento, em colegiados e conselho de unidade, além de eventos, oficinas, seminários e assembléias gerais do NEM. Foram criados grupos de trabalho.

Nesse percurso, mudanças foram feitas, e um novo currículo passa a ser implantado a partir do corrente ano. O internato passa de 12 meses para 18; ocorre a criação de uma tarde por semana livre para o aluno (área verde) e a oferta de disciplinas básicas em blocos integrados. Uma grande conquista desse processo foi o Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde, numa parceria entre a FAMED e a FACED, em nível de mestrado e doutorado, cuja primeira turma teve início em 2004. Houve, ainda, criação da Unidade Básica de Saúde do HCPA.

Contudo, na análise da correlação de forças, precisamos atentar como num processo de enfrentamento, individualmente as pessoas assumem posições. Às vezes, de acordo com aquilo que é mais conveniente. Outras vezes, quem fica como

representante de um grupo, quando o compromisso, a mobilização e a organização não se constróem realmente em torno de princípios, de projetos políticos e de enfrentamentos concretos, acaba tendendo a deixar alguns indivíduos isolados, e vale também para o trabalho nas suas formas de organização. O processo de reforma envolve o grupo dos reformistas e o dos não reformistas, permitindo que, no rearranjo de forças, um mesmo representante saia de uma posição de visibilidade, mas, ainda assim, consiga permanecer num outro lugar de destaque, não havendo, portanto, uma completa anulação, mesmo que, momentaneamente, haja um estar sozinho. Um outro lugar de poder, um ponto de apoio estratégico, desde onde é possível, ideologicamente, amalgamar um outro grupo e estabelecer uma nova/velha correlação de forças internas à instituição.

Ao serem questionados sobre quais mudanças determinariam no trabalho acadêmico do professor de medicina, se tivessem poderes para tal, os entrevistados anunciaram seus projetos. Anunciar a utopia que se constrói individualmente é conhecer os sonhos, as concepções, que estes professores gostariam de realizar.

PEM [...] ter um curso que se aproximasse mais da periferia, não tanto hospitalocêntrica, mais vila, mais posto de atendimento, mais realidade periférica. Por conseqüência, pergunta quantos professores querem sair daqui para fazer isso? Acho que não vais encontrar ninguém ou quase nenhum. Teria que haver uma reciclagem. Se eu tivesse força, é uma coisa muito ditatorial e a ditadura me causa arrepios, mas de certa forma tem que haver um convencimento, uma mudança de comportamento, por educação. E a seleção dos novos professores, isso é fundamental, estímulo a. Tu achas que alguém que é excelente médico, que faça trinta atendimentos, que preencha as necessidades de pacientes numa vila vai para um laboratório depois matar ratinho, fazer pesquisa epidemiológica? São dois perfis que eu não consigo ver juntos [...].

É necessário começar a fazer um inventário de possibilidades a construir nos espaços existentes, amalgamando uma nova cultura, uma nova ideologia e um novo projeto de sociedade e de curso. Um projeto pautado pelo humano, que se humanize no trabalho como valor de uso para “desfeticizar” a relação estabelecida como relação entre coisas e tomar as relações como patrimônio e bem da humanidade.

PEH [...] Acho que todos os professores da medicina deviam dedicar, em número significativo, uma parcela do seu tempo para sair do HCPA, pelo menos um turno por semana, no posto, sem perdas de qualquer outra coisa, isso é importante. Eu acho que deveria ter uma preparação do nosso professor em termos de capacitação para administração. Nós temos muita dificuldade, a gente aprende na função e não dá mais pra isso, não podemos correr mais riscos. Acho que tem que propiciar, de alguma maneira, um estímulo para professores que tenham inovações educacionais, deve ser bem concreto isso. A necessidade de que houvesse reuniões periódicas do diretor com um grupo constituído pelos coordenadores das diferentes comissões, extensão, graduação, pesquisa, vai trabalhar integrado, saber se a política de extensão esta sendo feita e direcionada pra onde, saber se a política de graduação e de pesquisa está ta sendo feita e direcionada pra onde, saber criar linhas mais interligadas. Tem que melhorar a comunicação interna entre os diferentes níveis de atuação, melhorar a capacitação do técnico administrativo. Tem técnico de x setor que trabalha uma carga horária, já em outro é bem diferente, é outra. Cria uma situação. Acho que os currículos deviam ter uma obrigatoriedade de ter plano de ensino, plano de ensino atualizado diferente, entregue nas COMGRAD a cada semestre [...].

No lugar específico interno à instituição, ocupar os lugares de poder implica na possibilidade de tornar exeqüíveis estes projetos, mesmo que eles sejam apenas projetos que visem produzir uma comunicação. Os professores, no entanto, não chegam a problematizar tais relações.

PEB [...] mandaria embora todos que não fazem nada, na hora,, administrativo e professor. Selecionaria aqueles que trabalham além do salário, com um concurso voltado também para os interesses da graduação, porque quem gosta de ensinar não vai depois faz pós, extensão, é tudo junto, vai conseguir fazer, e dedicação exclusiva pra cá, ganhando bem. Não pode ter consultório, não pode ter nada, mas também não vai se preocupar com a sobrevivência, pra trabalhar com prazer e a dedicação que

cada um pode dar. E as maçãs podres, mandava tudo mundo embora. No curso de graduação eu acho que nós estamos no caminho certo. Eu acho que o aluno tem que entrar desde o começo conhecendo a realidade social, em locais com assistência e com adequada supervisão dos professores e que possam com sua experiência transmitir isso. A área básica eu acho fundamental essa parte do conhecimento, na graduação eu acho que a gente precisa investimento na área física, em laboratórios, em coisas práticas. É realmente tentar formar um médico com uma visão geral e humanística, no sentido de ter exemplo pra ser seguido, com gente que tem essa visão do lado dele. O aluno é realmente passivo. Acho que essa passividade foi criada pelos professores, no alto do seu poder.

Desfazer-se do outro aparece como caminho para realizar o seu projeto. Não há lugar para o outro ou para o diferente. É interessante lembrar as falas dos entrevistados, já citadas, que tratam da dificuldade em reconhecer o *não saber*, a *fragmentação* e também a própria possibilidade de *transformação* e de *autotransformação* e auto-reconhecimento; *tudo sei* e, assim, nada preciso aprender...

PEE [...] a exigência de capacitação docente. Nossos professores eles são professores por vocação, mas talvez eles não tenham capacitação pra ser docentes. Eu quero que o professor tenha uma capacitação docente ao entrar na universidade. Tá, mas nós não vamos ter professores porque eles são médicos. Muito bem, então ele vai entrar e durante o estágio probatório ele vai se capacitar pra ser um bom professor. Essa capacitação inicial seria obrigatória. Ao final desse período, se ele não entra no perfil do docente, ele é um excelente médico, mas ele não entra no perfil do docente, ele não vai ser docente. Tá, e o que tu vai fazer com os outros que não têm capacitação docente? Colocar um período de capacitação docente obrigatório por ano, que é o que todas faculdades fazem. Conseguir como? Parceria com a FAGED, os nossos próprios que estão se capacitando, um ciclo que seja repetido anualmente com os professores e todo professor tem que ter x horas por ano das suas 20, 40 semanais, DE, para esta capacitação. Isso é o que eu faria com os professores. Eu acho que se conseguiria uma capacitação melhor e ver realmente quem quer ser professor da medicina da UFRGS por status, ou porque ele realmente tem o dom para ser um bom professor.

De novo é o "dom", a "vocação", mesmo quando fala de uma formação como professor. Aparece um tempo para esta formação e credenciamento para o trabalho (estágio probatório), tempo de formação que se abriria anualmente, porém...

PEF [...] é difícil, a grande questão que eu vejo é que o currículo acabou sendo montado em função dos professores, não dos alunos. Pra mim esse é o grande entrave que a gente tem. Por exemplo, tem professores que trabalham com determinada área e em vez do professor ensinar determinada coisa, eles dizem: não, eu vou ensinar o que eu sei. E aí fica uma situação confortável. A gente cansa de ver durante o curso. Os alunos têm aula de x coisa, que é pouco relevante em termos de formação, mas acabam tendo essa aula em função de que existem professores que querem ensinar aquela área específica, apesar de ser muito especializada. Montaria um currículo e tentaria adequar os professores a ele, e não o contrário. Eu eliminaria esses professores. Eu acho que tem alguns professores que têm uma atividade de ensino, de pesquisa muito especiais que eu acho que tinha que continuar, só que ele tira o lugar de outros professores com vocação mais direta para o ensino. Essa é outra questão, a questão da avaliação, se avalia muito mais a produção do professor em termos de pesquisa do que a sua ação como professor. Acho que teria que mudar isso também. O fato de ter um professor com alunos a maior parte do tempo, em supervisão é tão importante como a publicação de um artigo, por exemplo [...].

O desenvolvimento do currículo se apresenta ligado ao interesse de cada professor e de sua especialidade. Uma manifestação da aderência para pontuação? Falta de organicidade com o Projeto Pedagógico do Curso? Ou, pelo contrário, uma forte organicidade com o Projeto Pedagógico consoante com o projeto de sociedade hegemônico? Fica manifesta a necessidade do ensino, e não só a pesquisa, ser parte integrante da avaliação do trabalho de professor e, ao mesmo tempo, a dissociação existente entre ensino e pesquisa.

PEG [...] a mudança teria que começar pela reunião, pela conversa. Nós teríamos que começar trazendo os professores para conversar. Porque a gente sabe que qualquer mudança que vem de cima, sem participação, não funciona. Eu faria mais reuniões. Na verdade se a gente for ver, eu estou aqui na universidade há mais de 20 anos, eu acho que teve uma vez que a reitora veio aqui, foi a única que veio, e pró-reitores só visitas pontuais. Então, assim, o próprio diretor dificilmente vem, só visitas pontuais, até porque a área dele é diferente. Nós temos uma separação muito grande.

Acho que nós temos que trazer mais os professores. Eu realmente tentei quando fui chefe, mas foi difícil. As pessoas não vêm, nós não temos também mecanismos próprios para fazer com que a pessoa venha, na realidade a gente convida, mas não vem, não vem. E aí esvazia a própria questão: Ah o horário não dá, eu tenho isso, eu tenho aquilo, então há muita dificuldade, de sentar, conversar. Acho que a principal mudança parte por aí. Acho que o nosso departamento ta com muita dificuldade por isso, porque não há uma reivindicação conjunta de metas, nós não temos. Nosso departamento é peculiar nisso, é um dos mais fracos, porque os outros departamentos têm uma certa atividade conjunta, na realidade, o nosso departamento ele é dois departamentos, já é por muito tempo, então é muito difícil. Não há integração mesmo. Se eu tivesse poder eu faria obrigatório pelo menos uma reunião mensal, que tinha que se participar senão tinha que justificar. Pra começar. O grande problema também é porque acabam sendo reuniões pra lavar roupa suja [...].

Revela-se a importância do diálogo como caminho para mudanças e dificuldades implícitas, que são solucionadas pela via da cobrança formal no cumprimento das tarefas. Teoricamente estas tarefas já fazem parte do contrato de trabalho, o que caracteriza um não-trabalho como professor. O compromisso ético-político esta humanamente ausente...

PEI [...] eu tenho às vezes vontade de ter poder para dar voz a um maior número de pessoas, porque eu acredito que as pessoas têm mais solução do que a gente imagina, eu acho que só por aí, eu acho que essa é a grande mudança. As pessoas precisariam ser mais responsáveis com o que fazem, passa pela responsabilidade. Por que, quanto mais poder, mais responsabilidade. Então, normatizando as responsabilidades, abrindo os espaços, eu acho que seria uma revolução no sentido de mudança. É porque o poder é delegado, e as pessoas que fazem não são as pessoas que usufruem o poder. Então, acho que o poder se volta mais para proveitos do que, de repente, do que para responsabilidade. Então isso também facilita, quanto mais concentrado o poder, mais facilmente as responsabilidades ficam diluídas, por que as pessoas que têm poder podem diluir pra não ter a responsabilidade [...].

A solução retoma o modelo positivista, em que, pela alteração da norma, da regra e da lei, automaticamente tudo ficará aparentemente resolvido. O poder desta concepção hegemônica do conhecimento e do que é o trabalho acadêmico para o professor do Curso de Medicina da FAMED, se constrói nas relações dentro do

próprio trabalho, no fazer deste trabalho. A responsabilidade fica como algo externo e o papel da ideologia se explicita e reforça.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quien escribe teje. Texto proviene del latín textum, que significa tejido. Con hilos de palabras vamos diciendo, con hilos de tiempo vamos viviendo. Los textos son, como nosotros, tejidos que andan...(Eduardo Galeano).

Ariadne, Prometeu, Sísifo e Pandora. Marx, Gramsci e Freire. Galeano, Moraes e Pastore. O que há de comum entre eles? Talvez pudesse associá-los com as três Moiras, tecendo o processo humano, no contingente, no necessário, na utopia, que cotidianamente se faz esperança. Três tempos, três espaços, três fios, que se entremeiam na busca de possibilidades, onde as contradições constituem um sentido para o trabalho acadêmico dos professores do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da UFRGS. Nesse processo de investigação e escrita, tendo como fio orientador a teoria, as questões de pesquisa e os objetivos, é chegado o tempo de uma pausa, de uma busca de elaboração de uma síntese provisória.

Frente às necessidades materiais, por uma necessidade de sobrevivência no patamar que a própria profissão médica historicamente construiu, o exercício do trabalho acadêmico do professor do Curso de Medicina é colocado em segundo plano, enquanto trabalho de professor, e efetivado, enquanto trabalho de um médico que exerce a atividade de ensinar. Dessa forma, o trabalho como professor não é visto profissionalmente. Manifestam-se contradições entre o ser médico e o ser professor de medicina. Para ensinar a ser médico, o professor ganha um “salário de professor”. Há um fazer, o de médico, que o professor de medicina domina, porém, há um fazer de professor, em relação ao qual possui um saber, constituído por meio da repetição do modelo, mas do qual tem dúvidas.

A própria legislação estimula este processo de não-especificidade, de desvalorização do trabalho acadêmico, ao preconizar que a formação do professor para o Ensino Superior "deve acontecer em nível de pós-graduação". Preferencialmente, em cursos de mestrado e doutorado, sem estabelecer, por outro lado, qualquer mecanismo que implique em que, nesses níveis, haja uma formação sistemática voltada para o fazer específico de professor, pois os cursos têm ênfase na pesquisa.

A valorização do trabalho de professor, também preconizada na Lei, não se reflete no salário, obrigando ao acúmulo de jornada (carga horária) e à *secundarização* deste mesmo trabalho, frente à área específica de formação/atuação deste profissional.

Os movimentos realizados pelos professores do curso de medicina da FAMED/UFRGS manifestam a busca por um fazer diferente no desenvolvimento de seu trabalho acadêmico, com vistas a implementar uma formação médica, qualificada e voltada às necessidades da saúde da população.

Avanços importantes e consideráveis ocorreram na formação médica do ponto de vista técnico, no período investigado. Também no processo de implantação da reforma curricular em curso, um movimento de aproximação entre as unidades e os departamentos foi intensamente buscado, exigindo o enfrentamento de forças, levantando resistências. Porém, em relação ao trabalho de professor há grande distância, dadas as condições para consecução de avanços. Há movimentos. O trabalho acadêmico é colocado como sem valor, por não ter valor de troca, aquele que qualquer um pode fazer, por não ser percebido como um trabalho profissional. Vejo como necessário algo mais do que uma apropriação desse fazer, enquanto discurso. Vejo, sim, que pelo movimento de se debruçar sobre este fazer, de uma alteridade com o outro e seus saberes, na condição de trabalho de professor, o professor tem condições de transformar-se e, transformando a si mesmo, poderá transformar a realidade do processo de formação na educação médica. É importante construir uma nova cultura, orgânica a um novo projeto, sem com isto pretender *mudar sozinhos o mundo todo*.

Não podemos esquecer que as políticas públicas e as institucionais se implementam na ação coletiva dos grupos envolvidos, e que geram enfrentamentos, numa correlação de forças que necessita ser desvelada, como condição necessária de construção de contra-hegemonia.

A transformação só irá se constituir enquanto tal, no momento em que efetivamente mudarem as estruturas, as formas e as relações sociais que estão estabelecidas. Porém, uma transformação social tem que ser material, real, concreta. O trabalho acadêmico do professor do curso de medicina está posto como possibilidade, sim, para a transformação social, mas como processo não se esgota sobre si mesmo.

O trabalho acadêmico do professor de medicina está comprometido e compromissado, sim, ideologicamente, mesmo que não haja consciência dessa relação. Através de seu trabalho de médico-professor-médico, desenvolve uma lógica contraditória que se concretiza numa formação que atenda as necessidades (técnicas e especializadas) do mercado, da manutenção da corporação médica junto à classe dominante, e, ao mesmo tempo, aos interesses ligados às necessidades dos seres humanos e voltados para a transformação da realidade social e da saúde em nosso país. No entanto, é vital que este trabalho acadêmico seja transformador, e visto como trabalho de professor, visto na relação dialética valor de uso - valor de troca, possibilitando um transformar-se, transformando. Ao mesmo tempo, é preciso ter presente, também, que o projeto hegemônico caminha em outra direção.

Para tanto, ao debruçar o olhar sobre o fazer de professor, é necessário ver aqui, que este trabalho se realiza na interface entre educação e saúde, sendo, portanto, educação médica. Desvelar o que está latente em uma política pública, a que interesses atende, não é mera contingência, é necessário, especialmente se o desejo é o de transformação e não apenas de adaptação, de reestruturação ou manutenção de *status quo*. Assim, é possível construir alternativas, ao invés de

apenas adotar modelos previamente construídos por outros, em diferentes contextos e contingências.

Feitas estas considerações, trago, para *fechar este momento*, uma história que, acima de tudo, retrata o quanto é vital o olhar para o outro, concretamente tocá-lo, e, assim, criar uma relação viva entre seres humanos, e não entre coisas, mercadorias. Nesse fazer-se, enquanto trabalho acadêmico de professor, encontra-se um marcar as representações de trabalho que o aluno, futuro médico, vai construir.

Três dias de parto e o filho não saía: *Ta preso. O negrinho ta preso* - disse o homem. Ele vinha de um rancho perdido nos campos. E o médico foi até lá. Maleta na mão, debaixo do sol do meio-dia, o médico andou até aquela longidão, aquela solidão, onde tudo parece coisa do destino feroz; e chegou e viu. Depois, contou para Glória Galván: - *A mulher estava nas últimas, mas ainda arfava e suave e estava com os olhos muito abertos. Eu não tinha experiência nessas coisas. Eu tremia, estava sem nenhuma idéia. E nisso, quando levantei a coberta, vi um braço pequenino aparecendo entre as pernas abertas da mulher.* O médico percebeu que o homem tinha estado puxando. O bracinho estava esfolado e sem vida, um penduricalho sujo de sangue seco, e o médico pensou: *Não se pode fazer mais nada.* E mesmo assim, sabe-se lá por quê, acariciou o bracinho. Roçou com o dedo aquela coisa inerte e ao chegar à mãozinha, de repente a mãozinha se fechou e apertou seu dedo com força. Então o médico pediu que alguém fervesse água, e arregaçou as mangas da camisa (GALEANO, 2002).

Certamente grande número de questões que fiz nesta pesquisa não foi integralmente respondido, mas sinalizam outros caminhos a construir, novas possibilidades. Conta Galeano desta esperança que emerge de um singelo toque. É este toque que me fez olhar para este objeto-sujeito da pesquisa. É também este toque que produz outras indagações.

Que movimento é este, que produz políticas públicas na relação trabalho, educação e saúde, retomando propostas pedagógicas do início do século passado? Há ligação com o processo de re-configuração do Estado? E com a formação dos profissionais de saúde e de educação? Que contornos vêm assumindo a conformação ideológica no processo metamórfico do capitalismo?

Este é o olhar de uma trabalhadora em construção na fronteira educação e saúde, que acredita ser somente num trabalho coletivo que este fazer pode ser construído de sentido.

V - REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. *Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil*. Relatório 1997.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2002.

ARAÚJO, José Guido Corrêa de. *O perfil do médico no século 21*. Conferência de abertura. VII CGEM. Rio Grande, de 20 a 22 de maio de 2004.

BACHESCHI, Luiz Alberto. A residência médica. In MARCONDES, Eduardo, et al. (org.). *Educação Médica* São Paulo: Sarvier, 1998 (p. 369-373).

BATISTA, Nildo Alves. SILVA, Sylvia Helena Souza da. *O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação*. São Paulo: Loyola, 2001.

BAUDRILLARD, Jean. *À sombra das maiorias silenciosas: O fim do social e o surgimento das massas*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BOURDIEU, Pierre. Campo do poder, campo intelectual e habitus de classe. In *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988). Disponível em: <http://www.soleis.adv.br>. Acesso em 10 nov. 2004.

_____. Conselho Nacional de Educação. Disponível em <http://www.mec.gov.br/cne/cursos.shtm>. Acesso em 21 fev. 2004

_____. Ministério da Saúde (2000). Disponível em <http://www.saudeemmovimento.com.br/profissionais/legislation/legislation.htm>. Acesso em 21 fev. 2004.

_____. Ministério da Saúde (2003). Disponível em: <http://www.unimes.br/academico/pesquisa/Resolucao%20CNS%20196-96.doc>. Acesso em: 16 out. 2003.

BULFINCHI, Thomas. *O livro de ouro da mitologia: história de deuses e heróis*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

BÚRIGO, Carla Cristina Dutra. *O trabalho acadêmico do professor universitario no processo de desenvolvimento do espaço público na Universidade Federal: um estudo de caso na Universidade Federal de Santa Catarina e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Tese de Doutorado. UFRGS: Porto Alegre, 2003.

CARRION, Rejane. *A ideologia Médico - Social no sistema de A Comte*. Cadernos do IFCH-UFRGS. Nº 1, Porto Alegre, 1977.

CHAUI, Marilena de Sousa. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Ed. Moderna, 1982.

_____. A universidade operacional. Folha de São Paulo, 09 de maio de 1999. Caderno Mais!

_____. Ideologia neoliberal e universidade. In OLIVEIRA, Francisco et al. (Org.). *Os sentidos da Democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 27-54

_____. A universidade pública sob nova perspectiva. *Conferência de abertura da ANPEd*, 2003.

CHEPTULIN, Alexandre. *A dialética materialista: Categorias e leis da dialética*. São Paulo: Alfa-Omega, 1982.

Conselho Federal de Medicina. Código de ética Médica. Resolução CFM 1246/88. Brasília, 2003.

Constituições Sul-Riograndenses: 1843-1947. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1963.

CORDIOLI, Aristides e PILTCHER, Simão. *A evolução da medicina*. Porto Alegre: Zero Hora, 2 de maio de 2001, p. 9.

CUNHA, Luiz Antônio. Ensino superior e universidade no Brasil. In LOPES, Eliane Marta Teixeira et al. (org.). *500 anos de educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

DELORS, Jacques et al. Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez, 2001.

DIAS, Marco Antônio Rodrigues. A OMC e a Educação Superior para o mercado. In BROVETTO, Jorge, et al. (org.). *A educação superior frente a Davos*. Porto Alegre: ED UFRGS, 2003.

EAGLETON, Terry. *Marx e a Liberdade*. São Paulo: UNESP, 1999.

Empresa Pública Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disposições Legais. Porto Alegre: Ed. HCPA, 1978.

FÁVERO, Maria de Lourdes A. Da universidade modernizada à universidade disciplinada: Atcon e Meira Mattos. *Educação e Sociedade*. Campinas: Faculdade de Educação da UNICAMP. Ano. X, n. 30, Ago. 1988, p. 87-131.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FRANCISCONI, Carlos Fernando; Goldim, José Roberto. *Termo de Consentimento Informado para Pesquisa: Auxílio para a sua Estruturação*. 2003. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/conspesq.htm.

FRANCO, Sérgio da Costa. A Faculdade de Medicina no contexto social de Porto Alegre. Conferência proferida pelos 105 anos da FAMED. Porto Alegre, 25 de julho de 2003.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Indignação: Cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP. 2000a.

_____. SHOR, Ira. *Medo e Ousadia: o cotidiano do professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000b.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A formação e a profissionalização do educador: novos desafios. In GENTILI, Pablo et al. (Org.). *Escola S. A: quem ganha e quem perde no mercado educacional do neoliberalismo*. Brasília: CNTE, 1996, p. 75-105.

_____. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). *Educação e crise do Trabalho: Perspectivas de final de Século*. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais. In JANTSCH, Ari Paulo et al. (Org.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001 a, p. 25-49.

_____. Educação e Trabalho: Bases para debater a Educação Profissional emancipadora. In *Anais do 2º Encontro Estadual das Escolas Técnicas*. Edição Especial. Vol. 01, ano I, Porto Alegre, 2001b, p. 27-33.

_____. A nova e a velha face da crise do capital e o labirinto dos referenciais teóricos. In FRIGOTTO, Gaudêncio et al. (Org.). *Teoria e Educação no labirinto do capital*. Petrópolis: Vozes, 2001c, p. 21-46.

_____. *Educação e crise do capitalismo real*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GALEANO, Eduardo. *O livro dos Abraços*. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GASPARINI, Diogenes. *Direito Administrativo*. São Paulo: Saraiva, 1995.

GONDRA, José G. Medicina, Higiene e educação escolar. In LOPES, Eliane Marta Teixeira et al. (Org.). *500 anos de educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

GRAMSCI, Antonio. *Obras escolhidas*. Lisboa: Estampa, 1974. Vol. I.

_____. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

HPSP. Direção de Ensino e Pesquisa. Avaliação do Curso de Especialização em Saúde Mental. Porto Alegre: SSMA/RS, 1990.

HASSEN, Maria de Nazareth Agra. *Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre: A Faculdade de Medicina faz 100 anos*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.

HOPPEN, Norberto (org.). *Política acadêmica na UFRGS (1996-2004): princípios, diretrizes e gestão*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

HUBERMAN, Leo. *História da Riqueza do Homem*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

Jornal da Universidade. Porto Alegre, UFRGS, Ano VII, 79, ago. 2005. p. 1 e 4.

KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LAMPERT, Jadete Barbosa. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologias das escolas*. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002.

LÖWY, Michael. *Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista*. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. BENZAÏD, Daniel. *Marxismo, Modernidade, Utopia*. São Paulo: Xamã, 2000.

LUZURIAGA, Lorenzo. *História da Educação e da Pedagogia*. São Paulo: Nacional, 1977.

MAALOUF, Amin. *As Cruzadas vistas pelos Árabes*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MACHADO, Carmen Lucia Bezerra. *A retórica sedutora do (neo?) liberalismo e a sua prática social positivista na educação no Brasil, hoje*. Educação, v. 1, ano XX, nº 32, 1977. Porto Alegre: PUC, p. 45-58.

_____. *Desafios presentes na Universidade: do espelho do passado à alternativa para o futuro*. Tese de Doutorado em Educação. Porto Alegre: PPGEduc, Faculdade de Educação, PUCRS. 1996.

_____. BERGAMASCHI, Maria Aparecida. RIBEIRO, Marlene. PARDO, Eliane Ribeiro. *Interdisciplinaridade como solidariedade: desafio à formação de professores*. Educação e Realidade, v. 26, n. 2, jul./dez.2001. Porto Alegre: UFRGS, p. 127-156.

MANFROI, Waldomiro Carlos. *Aula inaugural do curso de Medicina*. Porto Alegre, 1985.

MARX, Karl. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. *Textos*, vol. III. São Paulo: Edições Sociais, 1977, p. 203-285.

_____. *Contribuição à Crítica da Economia Política*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

_____. ENGELS, Friedrich. *A ideologia Alemã*. São Paulo: Moraes, 1984.

_____. *Formações econômicas pré-capitalistas*. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

_____. *Fundamentos de la Critica de la Economia Politica*. Habana: Editorial de Ciencias Sociales, tomo I, s/d.

MATTOS, Ruben Araújo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Malheiros Editores, 1996.

MELLO, Adriana Almeida Sales de. *A mundialização da educação: consolidação do projeto neoliberal na América Latina*. Brasil e Venezuela. Maceió: EDUFAL, 2004.

Mitologia. Disponível em <http://meltingpot.fortunecity.com/malta/242/mitologia1.htm>. Acesso em 10 de jan. de 2005

MOURA, Luís César Souto de. *A face reversa da educação médica: um estudo sobre a formação do habitus profissional no ambiente da escola paralela*. Porto Alegre: AGE/SIMERS, 2004.

OLIVEIRA, Francisco. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In OLIVEIRA, Francisco et al. (Org.). *Os sentidos da Democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 55-82.

_____. A nova hegemonia da burguesia no Brasil dos anos 90 e os desafios de uma alternativa democrática. In FRIGOTTO, Gaudêncio et al. (Org.). *Teoria e Educação no labirinto do capital*. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 47-74.

_____. *Crítica à razão dualista. O ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.

PASTORE, Stella. *Poemas no Ônibus*. Porto Alegre: Unidade Editorial da Secretaria Municipal da Cultura, 2003.

PEREIRA, Luiz Augusto. *Ato médico e bioética*. Rio Grande: VII CGEM. De 20 a 22 de maio de 2004.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *O Brasil Contemporâneo*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1994.

PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil de 1500 a 1930*. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, Marlene. *Significado histórico e pressupostos epistemológicos da Escola Nova: repercussões no pensamento Educacional Brasileiro*. Texto inédito, 1996.

RIBEIRO, Marlene. Parecer emitido para Banca de qualificação de Projeto de Mestrado, em 9 de julho 2004.

SCHRAIBER, Lilian. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1989.

SCLIAR, Moacyr. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das letras, 2001.

_____. *Cenas médicas: uma introdução à história da medicina*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.

SOUSA, A. Tavares de. *Curso de história da Medicina: das origens aos fins do século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. *Bases teórico-metodológicas preliminares da pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis. V. 4, Porto Alegre: Faculdades integradas Ritter dos Reis, 2001.

UFRGS homepage. Porto Alegre: *Universidade do Rio Grande do Sul*, 2004. Disponível em <http://www.ufrgs.br/ufrgs>. Acesso em 21 fev. 2004.

_____. *Estatuto e Regimento Geral*. Disponível em www.ufrgs.br

_____. *Catalogo 2004. Informações Públicas. Portaria 971/97 - MEC. PROENSINO/PROGRAD*

_____. *Política acadêmica na UFRGS*. Porto Alegre, 2004.

_____. *Guia Acadêmico 2003. Medicina*. Gráfica da UFRGS.

_____. Departamento de Informações Universitárias. *Boletim nº 5*, Porto Alegre, 1990.

_____. Faculdade de Medicina. Disponível em: <http://www.famed.ufrgs.br/>.

VENTURELLI, José. *Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. Inminencia y necesidad del cambio en el camino de la equidad, calidad y eficiencia de una salud para todos*. Washinton: Organizacion Panamericana de la Salud, 2003

WEBER, Beatriz Teixeira. *História da medicina no Rio Grande do Sul*. Projeto SBPC na comunidade. Santa Maria, 2001. http://www.ufsm.br/antartica/Palestra_7.htm. Acesso em 10 abr. 2004.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade*. México: Siglo Veinteuno, 1987.

WOOD, Ellen Meiksins. *Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Tabelas

As tabelas foram elaboradas considerando o quadro efetivo de professores, que em cada ano totalizavam:

Total de Professores em 1990 - 276

Total de Professores em 1996 - 256

Total de Professores em 2004 - 260

TABELA N.º 1 - Número de Docentes da FAMED⁷⁶ por Titulação, 1990 - 2004.

Departamento	Graduação			Especialização			Mestrado			Doutorado		
	1990	1996	2004	1990	1996	2004	1990	1996	2004	1990	1996	2004
Cirurgia	23	22	10	11	03	07	02	05	01	15	18	20
Ginecologia e Obstetrícia	10	06	03	12	07	04	01	06	04	03	01	11
Medicina Interna	20	29	11	30	09	10	19	18	14	18	26	55
Medicina Social	00	09	02	11	00	01	07	03	06	02	04	15
Oftalmologia e Otorrinolaringologia	06	06	05	04	00	01	03	03	02	03	02	06
Patologia	04	06	01	04	15	03	03	09	04	02	09	02
Pediatria e Puericultura	05	03	02	25	08	15	04	06	06	07	01	19
Psiquiatria e Medicina Legal	03	03	00	12	03	09	06	12	01	01	04	10
Total	71	84	34	109	45	50	45	62	38	51	65	138

Fonte: Catálogo Geral 2004 UFRGS, Universidade em números 1996, Departamento de Informações Universitárias (DIU) 1990, fichário FAMED.

⁷⁶ Na escolha do quantitativo sobre a titulação dos professores, utilizei, como referência, o corpo docente da FAMED por ser onde se concentra a maior parte dos professores da Graduação em Medicina, embora o curso não seja desenvolvido apenas na e pela FAMED, questão levada em consideração na escolha dos sujeitos de pesquisa.

TABELA N.º 2 - Número de Docentes da FAMED por Classe Funcional, 1990 - 2004.

Departamentos	Auxiliar			Assistente			Adjunto			Titular		
	1990	1996	2004	1990	1996	2004	1990	1996	2004	1990	1996	2004
Cirurgia	04	00	00	11	07	04	30	32	29	06	09	05
Ginecologia e Obstetrícia	08	02	01	06	08	04	10	10	16	02	00	01
Medicina Interna	05	06	04	17	13	10	54	55	69	11	08	07
Medicina Social	10	03	02	05	02	04	05	09	18	00	02	00
Oftalmologia e Otorrinolaringologia	03	03	03	01	02	01	10	05	09	02	01	01
Patologia	03	04	02	02	05	03	07	29	05	01	01	00
Pediatria e Puericultura	08	01	03	03	05	04	29	11	34	01	01	01
Psiquiatria e Medicina Legal	01	05	01	10	08	01	10	09	18	01	00	00
Total	42	24	16	55	50	31	155	160	198	24	22	15

Fonte: Catalogo Geral 2004 UFRGS, Universidade em números 1996, Departamento de Informações Universitárias (DIU) 1990, fichário FAMED.

TABELA N.º 3 - Composição do Salário de Professor Adjunto IV, 40 h, e correspondente índice de poder de compra de cesta básica, 1990 - 2004.

Mês/ano	Composição	Moeda	Valor dos vencimentos	Valor da Cesta	Número de Cestas
Janeiro/90	Salário-base	NCz\$ ⁷⁸	18.140,73	3.340,86	5,430
	Gratificação ⁷⁷		4.757,43		
	Subtotal		22.898,16		
	Adicional de doutorado		5.724,53		
	Total		28.622,69		8,567
Janeiro/96	Salário-base	R\$	431,90	309,44	1,396
	GAE ⁷⁹		691,04		
	Subtotal		1.122,94		
	Adicional de doutorado		561,47		5,443
Total	1.684,41				
Janeiro/04	Salário-base	R\$	490,18	530,18	0,925
	GAE		784,28		
	Subtotal		1.274,46		
	Adicional de doutorado		673,23		
	Subtotal		1.947,69		
	GED		1.492,40		
	Abono ⁸⁰		59,87		
Total	3.499,96	6,601			

Fonte: DPR-PRORH-UFRGS

⁷⁷ Lei 7923/89.

⁷⁸ O cruzado novo vigorou de 16.01.89 a 16.03.90

⁷⁹ Gratificação de Atividade Executiva - Lei Delegada 13/92 - 160%

⁸⁰ Lei 10.698/03.

TABELA N.º 4 - Número de Docentes da FAMED, por Regime de Trabalho de 1990 a 2004.

Departamentos	20 horas			40 horas			Dedicação Exclusiva		
	1990	1996	2004	1990	1996	2004	1990	1996	2004
Cirurgia	25	22	11	25	25	24	01	01	03
Ginecologia e Obstetrícia	22	14	09	03	06	11	01	00	02
Medicina Interna	58	51	44	25	27	34	04	04	12
Medicina Social	11	08	09	02	08	01	07	00	14
Oftalmologia e Otorrinolaringologia	09	09	04	07	02	10	00	00	00
Patologia	08	21	06	02	14	03	03	04	01
Pediatria e Puericultura	24	10	19	13	08	16	04	00	07
Psiquiatria e Medicina Legal	17	11	09	04	01	11	01	10	00
Total parcial	174	146	111	81	91	110	21	19	39

Fonte: Catálogo Geral 2004 UFRGS, Universidade em números 1996, Departamento de Informações Universitárias (DIU) 1990, fichário FAMED.

TABELA N.º 5 - Departamentos da FAMED, Serviços e Instituições onde atuam os professores, 2001-2005

Departamento	Serviços e Instituições
Medicina Interna	HCPA, Santa Casa de Porto Alegre
Pediatria e Puericultura	HCPA, Unidade Sanitária Vila Rio Branco (Canoas), Creche Santa Terezinha, Creche Lar São José, Creche Nossa Senhora da Saúde Escolas Estaduais de Primeiro Grau
Cirurgia	HCPA, Grupo Hospitalar Conceição, Santa Casa de Porto Alegre, Instituto de Cardiologia, Instituto de Ciências Básicas da Saúde – Biotério, Posto de Saúde - Vila Cruzeiro do Sul
Patologia	Laboratórios de Histologia e citopatologia do Departamento Serviço de Patologia do HCPA Unidade de Necrópsia do HCPA.
Medicina Social	Ambulatório de Doenças do Trabalho do HCPA, Unidade Sanitária Vila Cruzeiro, Grupo Hospitalar Conceição; Unidade de Saúde Santa Cecília.
Oftalmologia e Otorrinolaringologia	HCPA, Projeto URBI (UFRGS/HCPA/SSMA-RS)
Ginecologia e Obstetrícia	Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Instituto de Cardiologia, Santa Casa de Porto Alegre
Psiquiatria e Medicina Legal	HCPA, Instituto Médico Legal, Departamento de Bioquímica da UFRGS

Fonte: Relatório de gestão da Direção da Faculdade de Medicina/UFRGS. Período: 25/04/2001 a 24/04/2005.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

Nome:

Data nascimento:

Estado civil:

Instituição de graduação:

Ano de ingresso como professor (a) na UFRGS:

Unidade:

Departamento:

Disciplina:

Regime de Trabalho:

Categoria Funcional:

Titulação:

Data da entrevista:

Horário:

1. Como professor do Ensino Superior, sua primeira experiência foi na UFRGS?
2. Exerce outra atividade? Qual?
3. Na sua opinião, no que consiste o trabalho acadêmico do professor do curso de medicina? Vê alguma especificidade no desenvolvimento deste trabalho na UFRGS?
4. Que desafios o(a) senhor(a) enfrenta para desenvolver o seu trabalho acadêmico?
5. Como o(a) senhor(a) avalia a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão? Que implicações têm para o seu trabalho?
6. Poderia me descrever uma situação típica no desenvolvimento de seu trabalho acadêmico?
7. Ao longo de sua experiência como professor do curso de medicina, houve alguma mudança que o(a) senhor(a) destacaria como significativa? Qual? Trouxe implicações para o desenvolvimento do trabalho acadêmico do professor?

8. Como o(a) senhor(a) avalia as mudanças estabelecidas para o Curso de Graduação em Medicina pelas Novas diretrizes Curriculares? A que se devem, segundo seu ponto de vista, estas mudanças?
9. Que podem significar estas mudanças, na sua opinião, para o desenvolvimento do trabalho acadêmico do professor de medicina?
10. Observando o atual processo de implantação das Diretrizes Curriculares, como o(a) senhor(a) agruparia seus colegas quanto a participação nesse processo? Onde o(a) senhor(a) se colocaria? Por que?
11. Se o(a) senhor(a) pudesse determinar mudanças no trabalho acadêmico do professor e no Curso de Medicina quais seriam? Como as implantaria?
12. Que relações o(a) senhor(a) pode estabelecer entre a sociedade em que vivemos e o desenvolvimento do trabalho acadêmico do professor do Curso de Graduação em Medicina?
13. O(A) senhor(a) gostaria de dizer mais alguma coisa?

OBS. A partir destas questões gerais cada entrevista deu origem a outros questionamentos específicos que não foram comuns a todos os entrevistados.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Informado

Eu, _____,
autorizo a utilização, para fins de pesquisa, dos dados fornecidos à pesquisadora Mara Nibia da Silva, durante pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaro que:

1 – Fui informado(a) que a pesquisa tem como título “O Trabalho Acadêmico do Professor do Curso de Graduação em Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no processo de constituição de mudanças na Educação Médica”. Seu objetivo geral é: Conhecer e compreender o trabalho acadêmico dos professores, analisando o movimento deste trabalho no processo de constituição de mudanças na Educação Médica.

2 – Estou ciente de que serei observado(a) (); Concordo em responder entrevistas que serão gravadas e transcritas ()

3 – Estou informado(a) que:

- a) A pesquisa obedece às normas éticas e não apresenta riscos a minha pessoa.
- b) Serei esclarecido(a) antes, durante e no final da pesquisa sobre quaisquer questões sobre a pesquisa.
- c) Minha identidade e os dados fornecidos serão utilizados de forma a preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos de pesquisa.
- d) Este consentimento poderá ser retirado em qualquer fase do estudo sem penalização.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2004.

Pesquisado(a)
Nome:
RG:

Pesquisadora
Mara Nibia da Silva
RG:
Fone:

ANEXOS

ANEXO 1 - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (*) CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os

(*)CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38

profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

II- compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e

adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e

VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior

Anexo 2 - Custo do cesto de Produtos Básicos de Consumo Popular de Porto Alegre

Custo do Cesto de Produtos Básicos de Consumo Popular em Porto Alegre - Período: Jan/2004							
Produtos	Unidade de Medida	Quantidade Mensal	Preço Unitário Médio	Custo Total	Variação (%)	Contribuição Simples (%)	Contribuição Acumulada (%)
1 - Açúcar	kg	8,18	1,10	9,02	5,37	0,0874	0,09
2 - Alface	Pé	5,67	0,44	2,47	1,08	0,0050	0,09
3 - Arroz Comum e Agulha	kg	9,33	1,91	17,82	-7,00	-0,2550	-0,16
4 - Banana	kg	4,27	1,31	5,58	-2,00	-0,0216	-0,18
5 - Biscoitos	500g	4,34	2,74	11,87	2,62	0,0576	-0,13
6 - Batata Inglesa	kg	5,63	0,92	5,19	-2,68	-0,0272	-0,15
7 - Café Moído e Solúvel	500g	2,89	3,89	11,24	-2,57	-0,0563	-0,21
8 - Carne Bovina	kg	8,73	8,26	72,15	-0,90	-0,1251	-0,34
9 - Carne de Frango	kg	7,75	3,03	23,48	3,31	0,1431	-0,19
10 - Cebola	kg	2,98	0,93	2,78	13,86	0,0643	-0,13
11 - Cenoura	kg	1,87	1,23	2,29	12,83	0,0495	-0,08
12 - Acolatado em Pó	500g	1,16	3,94	4,57	0,34	0,0029	-0,08
13 - Cerveja	grf	10,04	1,62	16,30	1,12	0,0342	-0,04
14 - Erva para Chimarrão	kg	1,38	2,68	3,70	1,27	0,0088	-0,03
15 - Ervilha em Lata	200g	1,99	0,94	1,87	-6,14	-0,0233	-0,06
16 - Farinha de Mandioca	kg	0,5	3,64	1,82	10,05	0,0316	-0,02
17 - Farinha de Trigo	kg	4,46	1,51	6,72	0,51	0,0065	-0,02
18 - Feijão Preto	kg	4,52	2,12	9,59	3,10	0,0548	0,04
19 - Iogurte com Sabores	720g	6,95	2,40	16,65	-0,09	-0,0030	0,03
20 - Laranja	kg	5,7	1,18	6,74	-1,11	-0,0144	0,02
21 - Leite Natural Tipo C	l	30,37	0,99	30,09	7,50	0,3990	0,42
22 - Lingüiça Fresca Embalada	kg	0,3	9,71	2,91	-12,65	-0,0802	0,34
23 - Maçã	kg	2,28	3,51	8,01	1,01	0,0152	0,35
24 - Maionese	500g	0,74	3,35	2,48	5,88	0,0261	0,38
25 - Mamão	kg	2,61	1,87	4,89	0,45	0,0042	0,38
26 - Margarina	500g	2,24	2,77	6,20	6,03	0,0670	0,45
27 - Massa com Ovos	500g	4,05	1,91	7,72	1,68	0,0243	0,48
28 - Massa de Tomate	370g	3,79	1,72	6,50	-2,74	-0,0348	0,44
29 - Óleo de Soja	900ml	5,87	2,50	14,69	-2,29	-0,0656	0,38
30 - Ovos de Granja	dz.	3,33	2,31	7,68	-1,79	-0,0266	0,35
31 - Pãezinhos	100g	140,2	0,43	59,85	0,18	0,0205	0,37
32 - Presunto Magro Fatiado	kg	0,33	11,80	3,89	-3,44	-0,0264	0,34
33 - Queijo Lanche/Mussarela	kg	1,04	12,77	13,28	0,55	0,0138	0,36
34 - Refrigerantes	l	13,56	0,84	11,42	-3,07	-0,0689	0,29
35 - Repolho	kg	1,2	0,72	0,86	19,58	0,0268	0,31
36 - Sal	kg	1,35	0,66	0,89	-0,89	-0,0015	0,31
37 - Tomate	kg	3,36	1,90	6,38	-10,47	-0,1419	0,17
38 - Vinagre de Álcool	750ml	0,91	0,83	0,76	-4,68	-0,0071	0,16
39 - Absorvente	10un	1,54	1,59	2,45	6,68	0,0291	0,19
40 - Desodorante	90ml	1,2	2,29	2,75	0,24	0,0013	0,19
41 - Aparelho de Barbear Descartavel	2un	1,93	2,74	5,28	-1,21	-0,0123	0,18
42 - Papel Higiênico	4un	3,53	2,44	8,62	6,11	0,0945	0,28
43 - Pasta Dental	90g	2,53	1,72	4,36	2,73	0,0220	0,30
44 - Sabonete	90g	5,31	0,78	4,13	1,92	0,0148	0,31
45 - Shampoo	500ml	1,5	4,37	6,56	2,38	0,0290	0,34

46 - Alvejante	l	1,39	1,15	1,60	7,09	0,0202	0,36
47 - Desinfetante	500ml	1,04	2,13	2,21	1,04	0,0043	0,37
48 - Detergente Líquido	500ml	1,64	0,81	1,32	6,49	0,0153	0,38
49 - Lã de Aço	sc8un	1,85	0,97	1,79	7,78	0,0246	0,41
50 - Sabão em Barras	500g	3,85	0,97	3,75	-0,52	-0,0037	0,40
51 - Sabão em Pó	kg	1,65	5,95	9,82	2,93	0,0531	0,46
52 - Cigarros	maço	13,11	1,90	24,91	6,15	0,2742	0,73
53 - Fósforos	pc10cx	0,85	1,88	1,60	3,04	0,0089	0,74
54 - Gás de Cozinha	13kg	0,97	29,54	28,66	1,00	0,0541	0,79
Custo do Cesto				530,18			0,79

Boletim Econômico (IEPE-UFRGS)

ANEXO 3 - Portaria Ministerial n.º 610**GABINETE DO MINISTRO****PORTARIA INTERMINISTERIAL N.º 610, DE 26 DE MARÇO DE 2002**

Os Ministros de Estado da Saúde e da Educação, no uso de suas atribuições, considerando as novas diretrizes curriculares para cursos de medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação, e a expansão do Sistema Único de Saúde - SUS -, em especial das políticas de valorização da atenção primária e da promoção da saúde, resolvem:

Art. 1º Instituir o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, com o objetivo de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação.

Parágrafo único. O Programa Nacional tem os seguintes objetivos:

I - inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro;

II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas;

III - incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde;

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde;

V - favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação continuada.

Art. 2º Estão habilitados a participar do Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas cursos de medicina legalmente reconhecidos, oferecidos por Instituições de Ensino Superior, legalmente credenciadas pelo Ministério da Educação.

Art. 3º As Instituições de Ensino Superior participarão do Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, encaminhando Projetos de Inovação Curricular e de Práticas de Ensino ao Ministério da Saúde, conforme os termos de referência elaborados pela Secretaria de Políticas de Saúde

do Ministério da Saúde, conjuntamente com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, oportunamente divulgadas.

Art. 4º Fica constituída a Comissão Nacional de Acompanhamento do Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas que terá a atribuição de acompanhar e avaliar a execução do Programa.

Parágrafo único. A Comissão Nacional será constituída por um representante de cada um dos seguintes órgãos e instituições:

- I - Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde;
- II - Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde;
- III - Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação;
- IV - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação;
- V - Associação Brasileira de Educação Médica;
- VI - Diretoria Executiva Nacional de Ensino Médico da União Nacional dos Estudantes;
- VII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde;
- VIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde;
- IX - Associação Médica Brasileira;
- X - Conselho Federal de Medicina;
- XI - Organização Pan-americana da Saúde.

Art. 5º Fica constituída a Secretaria Executiva do Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, a ser composta por profissionais de notória especialização em educação médica, planejamento e organização de serviços básicos de saúde, integrada por quatro membros, dos quais um será indicado pelo Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, um pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, e dois pelo Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação.

§ 1º Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Políticas de Saúde, a coordenação da Secretaria Executiva.

§ 2º À Secretaria Executiva caberá estabelecer os mecanismos e instrumentos de seleção e financiamento de propostas encaminhadas no âmbito do Programa, bem como os mecanismos para garantir o adequado apoio técnico e avaliação do desenvolvimento dos projetos aprovados.

Art. 6º O Ministério da Saúde, por meio de atos próprios, destinará recursos de sua programação orçamentaria para o financiamento do Programa Nacional ora instituído.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

Ministro de Estado da Saúde

PAULO RENATO SOUZA

Ministro de Estado da Educação