

Uma relação delicada:

estudo do encontro professor-aluno

Izabel Cristina Rios¹
Líliá Blima Schraiber²

RIOS, I.C.; SCHRAIBER, L.B. A special relationship: a study on teacher-student encounters. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.36, p.39-51, jan./mar. 2011.

Technicism and voiding of physicians' place as caregivers are caused by training centered on biomedical knowledge acquisition. Criticisms led medical schools to include humanity disciplines in the curriculum, but this has been shown to be insufficient. Cultural factors such as the educational environment and behavioral patterns are also involved. In this study, the aim was to comprehend intersubjective encounters between teachers and students, emphasizing contemporary culture-related factors that have been identified as important for constructing physicians' identities and attitudes. Through a case study, triangulating between participant observation, interviews with teachers and students, and official documents from a medical school in the state of São Paulo, pedagogical and intersubjective relationships of day-to-day life in the educational process were covered. In the analysis, configurations of 'self and other person', 'technology' and 'teacher-student intersubjective relationships' were constructed. Polarized manners of interaction were found: relationships of bonding and trust, disqualification and omnipotence, and violence.

Keywords: Medical education. Humanities. Humanization of care. Medicine.

O tecnicismo e o esvaziamento do lugar do médico como cuidador são determinados pela formação centrada na aquisição de conhecimentos biomédicos. Críticas levaram as escolas médicas a incluir no currículo disciplinas de humanidades, o que se mostrou insuficiente. Fatores culturais como ambiente educacional e comportamentos também estariam envolvidos. Objetivou-se compreender o encontro intersubjetivo de professores e alunos, ressaltando aspectos referidos à cultura contemporânea identificados como importantes para a construção da identidade e atitude médica. Por meio de estudo de caso, triangulando a observação participante, entrevistas com professores e alunos e documentos oficiais de uma escola médica no estado de São Paulo, abordaram-se as relações pedagógicas e intersubjetivas no cotidiano do processo educacional. Na análise, construíram-se as configurações do 'eu e o outro', da 'tecnologia' e das 'relações intersubjetivas de professores e alunos', encontrando-se modos polares de interatividade: relações de vínculo e confiança; de desqualificação e onipotência; e violências.

Palavras-chave: Educação médica. Humanidades. Humanização da assistência. Medicina.

¹ Centro de Desenvolvimento da Educação Médica "Prof. Eduardo Marcondes", Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP). Av. Dr. Arnaldo, 455. Cerqueira César, São Paulo, SP, Brasil. 01.246-903. izaros@usp.br

² Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP.

Introdução

O longo caminho que se inicia no momento em que entramos na faculdade de medicina, e que se encerra com o legado de uma árdua e complexa formação, é feito de muito estudo e, essencialmente, de muita prática sob supervisão direta. Não há dúvidas de que o aprendizado da profissão médica se dá pela apreensão de saberes, valores e comportamentos no contato direto de alunos e professores, estes verdadeiros modelos do 'ser médico' (Hundert, Douglas-Steele, Bickel, 1996). O atendimento aos pacientes e as discussões de casos clínicos são espaços para o desenvolvimento de competências biomédica e ético-relacional e suas articulações. Mais do que a aquisição de conteúdos, o aluno desenvolve um jeito de ser a partir das vivências subjetivas do encontro pedagógico (Pessoti, 1996), sobre as quais se dá a construção de saberes sobre o encontro (ou desencontro) clínico. Nesse sentido, esse longo caminho de formação é, também, um longo caminho de produção de subjetividades/ intersubjetividades.

Já há algum tempo, na área da educação médica, discute-se a importância de se desenvolverem tais aspectos da formação (Grosseman, Patrício, 2004) considerando-se a inquietante realidade de deterioração das relações humanas no trabalho em saúde, em especial na interação médico-paciente, espaço que, hoje, muitas vezes se apresenta como campo de conflito (Deslandes, 2006). Críticas ao comportamento dos médicos (frios, distantes, desinteressados pelo paciente, ainda que tecnicamente interessados na sua doença), somam-se aos aspectos situacionais que caracterizam a prática médica atual como uma prática tecnológica apoiada em equipamentos e protocolos (guidelines), pouco articulada com o humano inerente ao seu campo (Schraiber, 2008).

Sabe-se que, para o trato competente pelas interfaces técnicas e humanas da profissão, é necessário que, a partir do viver pedagógico na formação médica, se aprenda como tais dimensões se articulam. Em meio aos valores, modelos e inscrições de significado da cultura contemporânea, no exercício cotidiano das relações clínicas ou de ensino-aprendizagem, modos de subjetivação se realizariam, propiciando ou dificultando a experiência intersubjetiva necessária para o desenvolvimento de competências técnicas e ético-relacionais conjugadas.

Nossa proposta de aproximação a esses fenômenos foi compreender como se dá o encontro intersubjetivo de professores e alunos e como este é ensinado, particularmente nas áreas de Clínica Geral e Cirurgia Geral, ressaltando aspectos referidos à cultura contemporânea e identificados como importantes para a construção da identidade e atitude médica, em especial quanto à interatividade.

Método

O desenho metodológico foi o de pesquisa qualitativa (Dalsgaard, 2006; Schraiber, 1995). Escolhemos, como caso, uma escola médica do estado de São Paulo, modelo de medicina técnico-científica de boa qualidade e viável para a investigação empírica.

Com base em estudo teórico das subjetividades contemporâneas na perspectiva de alguns autores (Augé, 2005; Coelho, Figueiredo, 2004; Costa, 2004; Giddens, 2002; Lévinas, 2009) e com base em estudos das relações intersubjetivas na prática da medicina (Schraiber, 2008; Deslandes, 2006; Ayres, 2005; Merhy, 2000; Machado, 1996), construímos *núcleos temáticos* definidos como o conjunto das principais configurações psicossociais (valores, lugares, atitudes, crenças, conceitos, história) que caracterizam a cultura dos tempos atuais e que podemos observar no comportamento ou no discurso das pessoas ou grupos - conjunto este implicado na produção de subjetividades e, desde estas, nas relações interpessoais. São eles: a identidade de médico (de profissional e de estudante); a identidade do outro (a alteridade da relação); os meios da relação entre o médico, o professor ou o aluno e o outro; e as formas de interação no encontro clínico e em seu ensino. A partir desses núcleos, elaboramos o roteiro de observação e, desta, as entrevistas.

Observamos o encontro professor-aluno no internato, período que corresponde aos dois últimos anos da graduação (quinto e sexto), quando os alunos são divididos em pequenos grupos e passam pelos estágios hospitalares e ambulatoriais. O internato é a fase de mergulho na prática médica,

momento privilegiado para a construção das bases identitárias da profissão, em situação de ensino na qual o ato médico é posto em questão. Nesses estágios o ensino se dá, predominantemente, pelas atividades práticas supervisionadas e as discussões de casos clínicos, consideradas o principal método didático-pedagógico para a formação médica, integrando teoria e prática clínica. A escolha das áreas de Clínica Geral e Cirurgia Geral se deram por corresponderem às matrizes centrais da prática médica e, no ensino, fundantes da formação.

Optamos pela técnica da observação participante, dado o perfil etnográfico do estudo, complementada com entrevistas em profundidade com alunos e professores e análise documental. Seguindo os princípios gerais desse tipo de observação, mesmo tendo um roteiro, buscamos uma total abertura ao observado, atentos a uma descrição minuciosa dos sujeitos e suas interações em contextos ou ambiências específicas e no uso de linguagens também a elas específicas (Dalsgaard, 2006; Geertz, 1978). Para o registro dessa atividade, utilizamos o caderno de campo (CCampo).

As entrevistas também seguiram roteiro aberto, construído a partir da base teórica citada e os dados da observação. Entrevistamos professores de Clínica Geral (PClin) e Cirurgia (PCirur), e alunos do primeiro ao sexto ano (A). Todas as informações retiradas do material empírico estão destacadas no texto.

Conjuntamente, analisamos documentos oficiais da Instituição de Ensino relativos: ao projeto pedagógico, às definições curriculares, ementas das disciplinas, práticas de avaliação do aprendizado teórico e prático, e da supervisão do treinamento prático dos alunos.

Os dados produzidos por essas técnicas foram submetidos à análise hermenêutica (Schraiber, 2008; Ayres, 2006; Minayo, 1994), criando-se categorias para a compreensão/ interpretação dos fenômenos à base das referências teórico-conceituais adotadas.

Resultados e análise interpretativa

Foram observados 22 professores e oito grupos de 14 a 16 alunos, totalizando quatro meses de trabalho de campo.

Foram entrevistados nove professores, quatro da Clínica Geral (duas mulheres e dois homens) e cinco da Cirurgia (homens), com idades entre quarenta e sessenta anos.

Os alunos foram escolhidos de acordo com o ano da graduação e sua pertença às diversas agremiações institucionais (subculturas: esportes, atividades culturais, ativismo político, iniciação científica etc.). Totalizamos 19 alunos, sendo oito mulheres e 11 homens - dois alunos do primeiro ano, dois do segundo, três do terceiro, dois do quarto, cinco do quinto e cinco do sexto ano. Com exceção de uma aluna, que tinha trinta anos de idade, todos os demais estavam na faixa dos vinte aos 25 anos.

Na enfermaria de Clínica Geral, as visitas ocorriam todos os dias. Alunos e professores passavam nos leitos para ver os pacientes e, depois, discutiam os casos clínicos em uma sala fechada. No ambulatório, os alunos atendiam em consultórios e discutiam o caso clínico com um assistente na sala dos médicos. As reuniões ocorriam semanalmente e tinham caráter mais formal.

Na disciplina de Cirurgia Geral, observamos três cenários de ensino-aprendizagem: visitas aos leitos de enfermaria, reuniões gerais e discussões de casos clínicos. Nas visitas aos leitos, os professores acompanhavam alunos e residentes e faziam a discussão dos casos clínicos junto aos doentes. Praticamente todos os assistentes e residentes examinavam os pacientes e suas feridas cirúrgicas durante a visita. A reunião tinha caráter formal e a apresentação era centrada nos aspectos cirúrgicos do caso. A discussão se processava entre os professores e assistentes. Os residentes eram alvo de avaliação dos conhecimentos, no que se poderia caracterizar como 'sabatizados' pelos professores, enquanto os alunos, observadores, em geral, mudos.

As ambiências na Clínica e na Cirurgia eram bem diferentes. Na Clínica o ambiente era mais amistoso e descontraído, ao contrário da Cirurgia onde a formalidade e a circunspeção eram a norma. Tanto numa quanto noutra observam-se: o árduo aprendizado da medicina, a sedução do saber biomédico, o grande volume de informação, e os perigos que rondam a inexperiência.

A cultura narcísica na escola médica: o eu e o outro

Para Marc Augé (2005), a principal característica dos tempos atuais não é o fim da modernidade, mas o excesso, a hipertrofia e a deformação, particularmente em três dimensões: o tempo, o espaço e o eu. Ao seu encontro, Giddens (2002) afirma que o trabalho constante de produção da autoidentidade é o principal modo de subjetivação da contemporaneidade. Na perspectiva psicanalítica, a cultura contemporânea, também chamada de cultura narcísica, somática ou do espetáculo (Costa, 2004), no aspecto da hipertrofia do eu e do autorreferenciamento, reproduz conceitos e práticas que sustentam a alteridade de forma precária e dificultam a interatividade. Na investigação desse tema, com base nos dados empíricos, construímos as seguintes categorias de análise.

Expressando esta figura do *eu*, a força e a resistência, assim como a maior capacidade intelectual do aluno e do médico, são constantemente trazidas nas narrativas presenciadas. Nas palavras de um professor, em uma visita na enfermaria da Clínica: “Para entrar aqui é preciso ser melhor que os outros”, “Para mim, é uma questão de genética. Vocês têm genética para entrar aqui” (CCampo). Mas nem tudo estaria dado pela ‘genética’, já que sua legitimação é uma árdua conquista que vai se engendrando ao longo da formação, durante a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que são valorizados como ‘boas ou as melhores competências médicas’ na cultura local.

De modo diferente da Clínica Geral, em que todo médico pode ser superior, na Cirurgia não basta ser médico, tem de ser do alto escalão formal da instituição. O valor das pessoas tem a medida do lugar que elas ocupam na hierarquia, e esta é formal, bem definida e fixa, própria à instituição do tipo corporativo.

Outro símbolo recorrente nas narrativas dos professores é o que se refere ao ‘médico de verdade’. Na narrativa dos professores, o médico de verdade seria um sujeito experiente, inteligente, que acerta todas, que resolve tudo, que salva, que cura, que ganha a luta contra os males junto ao doente. Um lutador e um herói. O médico de verdade seria o clínico, aquele que, de fato, ‘sabe medicina’.

“O quê é o bom médico? O conhecimento é a condição básica inicial, e para isso precisa de muito estudo. Quando tiver isso equacionado e só depois disso ou junto com isso você vai poder crescer na área humana. O médico não é a última palavra, o médico é um convencedor, o médico é o cara que vai junto com o doente. A palavra final sempre é do doente, não tenha dúvida”. (PClin)

Embora os especialistas brilhem nas reuniões clínicas, por seus conhecimentos refinados e o uso de tecnologias sofisticadas, são tidos como aqueles que não sabem ser médicos de verdade. Nem olhar o paciente, eles olhariam: “Cadê o médico dentro do especialista?” (CCampo), pergunta o professor de Clínica. O valor do médico estaria na demonstração do seu saber cuidar.

Na Cirurgia Geral, encontramos outro modo de representar o médico de verdade. Aqui ele é o médico da elite: tem consultório particular, clientela importante (socioeconomicamente), trabalha em grandes hospitais privados, ganha muito dinheiro e destaque na sociedade. Médicos que trabalham na rede pública, até que se prove o contrário, são tidos como inferiores e incompetentes. O bom é bem pago e privado, o mau é público e mal remunerado. O hospital-escola foge a essa regra porque é a escola dos bons professores, a elite da medicina.

Na fala de um professor de cirurgia, aparece esse ideal de médico:

“Somos humanos! Temos desejo de operar gente famosa, queremos ganhar dinheiro, comprar carro, casa, casar...” (CCampo).

Colocam-se mais como ‘humanos’, no sentido de ceder a desejos mundanos, do que como heróis. Também no sentido contracultural, aparece o médico como um ser humano:

“A generosidade é fundamental, a paciência, a disponibilidade, o conhecimento. E talvez um pouco de humildade... Tem doentes que não suportam saber que o médico deles é

humilde... Mas a gente erra. Eu tenho medo. O aluno chega para mim e fala: Eu adoro cirurgia, mas não vou fazer porque morro de medo de fazer alguma bobagem com o doente. E eu respondo que 26 anos depois de formado ainda tenho medo de fazer bobagem com o doente. É por isso que eu acho que você deve fazer cirurgia, porque você tem medo, o dia em que você não tiver mais esse medo, você está proibido de operar. A gente tem que ter esses medos". (PCirurg)

Entre os alunos, o idealizado seria o herói que salva e tem bons ganhos e notoriedade. Visão que esmaece quando o aluno começa a pensar na sua qualidade de vida.

"Antes de entrar, você pensa: Ah, eu quero salvar o mundo! Agora, depois de cinco anos, o que eu quero é uma vida tranqüila, não quero me matar de trabalhar. Quero ter qualidade de vida. Medicina ser minha carreira, mas o foco da minha vida ser eu: meu tempo livre, fazer outras coisas, poder tirar férias longas, poder viajar. Eu não quero me matar de trabalhar. Eu não acho isso muito nobre". (A5)

Quanto à figura do *outro*, este aparece como 'igual', 'diferente, desigual' e como um 'não-sujeito'. Na narrativa de professores e alunos, o outro 'igual' é o colega médico, ou colega estudante de medicina. Só médico para entender médico, é um sentimento que começa cedo, se sustenta ao longo da vida e percorre os ambientes e discursos observados ou narrados.

"Porque se você não tem um grupo pra te apoiar, pra ligar à noite quando você fica arrasado porque viu uma pessoa amputada se arrastando na frente do hospital. E você precisa falar, mas não adianta falar com pai, mãe, tio porque não são pessoas que estão vivendo aquilo e por mais que você conte pra quem é de fora, para elas não faz sentido. Então, ou você tem um grupo daqui ou você... Não aguenta, eu acho que você se dá um tiro. Não aguenta mesmo". (A1)

Reproduzindo o mundo atual, na Clínica, embates bem ou mal resolvidos com o outro aparecem nas circunstâncias em que ele afirma sua alteridade. O outro diferente provoca desconforto, torna-se um problema e, às vezes, acaba apartado da possibilidade de entrar na equação da resolução do problema em condições simétricas, isto é, como um sujeito igual.

Na Cirurgia, o processo se acentua e há uma estratificação da identidade entre os pares. A diferença existe e é uma condição que coloca as pessoas em lugares diferentes, tratados de forma diferente segundo os ditames da hierarquia. Não se discute conduta com os pacientes, que são informados do que é melhor para eles e podem aceitar ou não o tratamento proposto. Aos alunos se reserva o mesmo. Eles estão ali de passagem, na maior parte do tempo para observar os mais velhos.

A distância que se estabelece nas relações, não raramente, leva à coisificação das pessoas, condição em que o eu percebe o outro como um ser materialmente existente, mas nele não reconhece vontade e desejo próprios, ou seja, igualmente um sujeito, e com ele se relaciona fazendo prevalecer apenas a subjetividade do eu.

Podemos perceber esse movimento quando o médico não respeita a autonomia do paciente, ou quando o professor oferece timidamente um lugar de sujeito para o aluno, que acaba funcionando como aquele que permite ao professor espaço para exhibir seu saber.

Na Cirurgia, é frequente o paciente aparecer como um corpo totalmente dessubjetivado:

"O médico entra na enfermaria e dá bom dia aos pacientes, sem olhar nos seus rostos, rapidamente a residente conta a história e o médico levanta o lençol que cobre o paciente no leito e vai direto à sua ferida sem pedir licença para tocar seu corpo. O paciente não se queixa, não oferece qualquer resistência, mantendo-se calado e atento. O médico mostra a lesão para os alunos e faz ali mesmo uma aula expositiva sobre o caso sem, em qualquer momento, se dirigir ao paciente". (CCampo)

Ainda que haja exceções a esse modo de atuar, às vezes, o outro é tido como um 'quase não existente':

"A aluna apresenta o caso e o paciente, mais extrovertido, fala junto com ela. O professor pede para examiná-lo e o expõe para o grupo. O paciente não parece incomodado com a situação e começa a falar, mas é totalmente ignorado pelo professor que continua dando sua aula para o grupo como se a fala dele fosse apenas um ruído de fundo como tantos outros na enfermaria. Depois de ignorado por algum tempo o paciente se cala e assiste a visita como os demais". (CCampo)

A tecnologia a serviço de uma ausência: implicações interativas

No estudo das transformações do trabalho médico e sua prática contemporânea, Schraiber (2008) e Machado (1996) mostram que, nos dias atuais, prevalece a crença radical nos meios da ação profissional, tais como os recursos tecnológicos ou procedimentos tecnologicamente armados, tidos como potências da interação, esvaziando as intersubjetividades e realçando, por exemplo, os protocolos, os equipamentos, os medicamentos ou recursos materiais de toda ordem.

A visão centrada na doença, ou na sua investigação, é o modo como opera o ensino. O correlato do ensino baseado na pergunta-resposta é a abordagem do paciente no esquema queixa-resposta. Ainda que os aspectos psicoculturais sejam lembrados, ou não são relevados, ou são reduzidos a sintomas, e dificilmente servem como um recurso técnico importante para o ato médico.

O discurso médico aparece, sobretudo nas reuniões clínicas, como frio, distante, construído por uma linguagem própria que retira, das pessoas, objetos e fatos, sua intimidade emocional. Na Cirurgia Geral, até de maneira mais enfática, porque as discussões ocorriam na frente dos pacientes, parecendo que a linguagem técnica e a distância afetiva funcionavam como um escudo protetor que poupava o paciente da verdade da sua doença, e o médico da sua humanidade.

Essa linguagem seria parte importante do aprendizado da interação com o outro, como diz o aluno do segundo ano:

"Se dá para ensinar a "conversa" com os pacientes? Não sei, mas falar como médico, isso dá. E é feito: treinam a gente para tirar uma boa história com vocabulário de médico. A gente precisa treinar para entender esse vocabulário, esse dicionário, porque a medicina exige. E eles treinam a gente, conversando, mandando ler livros médicos e aprender o vocabulário, e se comunicar em termos médicos quando a gente esta sendo treinado para tirar história". (A2)

No ambulatório da Clínica Geral, o modelo biomédico aparece como recurso que, em um primeiro momento, acelera o atendimento, mas também o torna extenso, porque se estende ao especialista, aos exames e, não resolvendo o problema de base do paciente (que, muitas vezes, não se encontra só no corpo biológico), cria o mecanismo do retorno repetitivo. As queixas emocionais, as reações de comportamento, as vivências subjetivas na relação médico-paciente são pouco compreendidas e, rapidamente, classificadas como queixas psiquiátricas, e, assim, pela medicalização, ganham uma tradução dentro do modelo (fora do qual não têm registro) e podem ser encaminhadas para o especialista. Muitas vezes, o paciente rejeita essa conduta de exclusão e insiste. A fragmentação e a menos valia das manifestações da vida anímica estão presentes no universo do médico e do paciente.

O recorte biológico associado aos recursos tecnológicos permite a redução do tempo de trabalho médico com cada paciente e, assim, o médico atende um grande número de pacientes. Alguns professores do ambulatório agem como se estivessem à frente de uma linha de produção. Os casos são atendidos e discutidos em rápida sucessão. A "operação limpeza" parece um treino para o futuro, de trabalho em regime de sobrecarga e falta de tempo.

A multidisciplinaridade, enquanto a participação de diversos saberes na atenção ao paciente, tanto dentro da medicina dividida em especialidades e subespecialidades, quanto no campo das outras

profissões da área da saúde, é estratégia cotidiana, entretanto, sem discutirem e decidirem juntos as condutas para o cuidado do mesmo paciente. A divisão do corpo médico em especialidades, sem a visão de algum todo que poderia aproximá-los na solução dos casos clínicos, cria um ambiente de alienação, distanciamentos e facções. Cada médico vê uma parte do corpo do paciente e, quem sabe, o clínico, na melhor das hipóteses, consiga vê-lo por inteiro. Às vezes, esse funcionamento institucional cria problemas ao tentar resolvê-los. Por exemplo, durante a discussão de um caso difícil em uma visita na Clínica, vimos que a confusão de conduta entre os médicos se devia ao fato de que os especialistas chamados a opinar não enxergavam a totalidade do paciente e cada um prescrevia o que interessava de seu ponto de vista especializado, contradizendo ou impedindo o do outro.

Professores e alunos apontam a organização do trabalho como um dos principais empecilhos para a boa medicina, mas um professor aponta outro fator:

“O Saúde da Família é um programa que tem tudo para dar certo. O médico é bem pago em relação à média e tem um trabalho finito. Mas a falta de conversa de médicos, alunos, residentes e assistentes com o doente é um problema sério. A maior parte das minhas consultas no consultório é de assuntos não médicos. Essa conversa faz entender o doente. Por exemplo, acabei de passar visita agora e tinha uma menina de 23 anos chorando. Estavam discutindo um monte de alternativas de tratamentos e ela chorando porque o filho de três anos estava em casa sozinho com uma tia. Precisa chorar pra gente conversar com uma menina esse tipo de coisa? Então isso falta, falta mesmo”. (PClin)

Na Clínica Geral, observamos professores que atuam na vertente que considera a relação médico-paciente como um conjunto de técnicas comunicacionais (Laidlaw et al., 2006; Rossi, Batista, 2006; Merhy, 2000) que permite ao médico exercer a medicina de forma mais humana e eficiente, mas também percebemos a dificuldade em sensibilizar seus alunos para o exercício do cuidado.

A aluna do terceiro ano conta que, desde cedo, os alunos aprendem a relativizar os exames diagnósticos e valorizar a conversa com o paciente:

“Os professores na propedêutica enfatizam muito que você deve conversar com o paciente, tirar uma boa história, entender o que ele está tentando te falar. E a gente às vezes nem tem tanto acesso à tecnologia. São pouquíssimas aulas que os professores falam assim: Vamos olhar como é que está a tomografia dele, ou a angio... Ou qualquer outra coisa. Não sei como é a prática no dia-a-dia no hospital, mas quem está com o aluno de começo de curso aparentemente está voltado para a boa anamnese. Eu estou agora passando pela atenção primária, no posto de saúde, e lá eles focam muito isso”. (A3)

Na Cirurgia, a escuta como recurso técnico parece não existir. Se, frequentemente, o paciente parece ser um outro invisível, a escuta como recurso técnico não se faz necessária, nem possível.

Muitas vezes, a preocupação com essa interação está presente, mas deixa passar a ideia de que tem, essencialmente, um caráter moral, e defensivo.

A relação médico-paciente seria um recurso diplomático que serviria de proteção aos médicos contra processos ou agressões de pacientes, segundo a fala de um professor durante uma visita na Clínica:

“A escolha do que fazer ao paciente deve considerar os riscos, porque se der errado o mundo cai na cabeça do médico. Quando a coisa fica difícil, precisa envolver a família para não ter problemas depois, principalmente se o prognóstico for ruim”. (CCampo)

Pior que a escuta surda é a profusão de queixas dos alunos sobre a prática da mentira, ou da meia verdade dada ao paciente, no lugar da conversa honesta sobre a sua saúde, a que, inclusive, ele tem direito por lei. Às vezes, até mesmo tratado com cruel displicência, como observado no caso de uma menina com tumor na perna, internada na enfermaria de Cirurgia.

“Na visita, chega-se ao leito dessa menina, que fez a retirada de uma neoplasia na coxa com ampliação. O professor dirige-se a ela dizendo-lhe que ela está ótima, que agora não está muito bom, mas a cirurgia plástica vai dar um jeito e sua perna ficará como de uma miss. Os alunos assistem calados. Na reunião, esse caso é apresentado. Vê-se que a retirada do tumor exigiu a retirada de muito tecido e que mesmo com toda plástica possível, a menina vai ficar com sequelas, inclusive funcionais”. (CCampo)

As pessoas em ação interativa: relações pedagógicas e práticas comunicacionais

A experiência com a alteridade se dá quando há o reconhecimento do outro como diferente em uma relação marcada pela ética (Lévinas, 2009). Ou a experiência se encapsula, no que Habermas (1989) chama de razão instrumental e seu uso nas relações humanas, destituindo estas de um agir ético e comunicativo. A expressão empírica de tais referências aparece no ambiente de ensino, sobretudo nas relações professor-aluno, como veremos a seguir.

O ambiente de ensino e a atitude dos alunos é absolutamente professor-dependente. Não parece haver diretrizes pedagógicas criadas coletivamente para nortear o trabalho de todos. Tampouco no que se refere à atitude médica. Os professores são modelos cuja escolha fica a critério dos alunos, sem uma diretriz clara da Instituição sobre qual (ou quais) deles estaria(m) adequado(s) ao seu objetivo educacional na prática, e não somente no discurso.

Assim, encontramos três “modos de ser professor”, determinando diferentes experiências de intersubjetividade, ou, no caso, de relação pedagógica: o professor onipotente; o professor que cria vínculos, e o professor que desqualifica, anula o aluno como sujeito em sua relação. Estes modos de ser guardam alguma correspondência com os modelos pedagógicos do ensino “centrado no professor” e do ensino “centrado no aluno” (Berbel, 1998), que têm sido a forma mais usual de realizar essa discussão da interatividade. Neste caso, porém, a interatividade é considerada por meio da questão da subjetividade e da intersubjetividade, e não da filosofia pedagógica praticada.

Nas aulas teóricas, reuniões e, eventualmente, nas visitas, os alunos, passivamente, assistem longas exposições complexas sobre vários assuntos, frequentemente conduzidas por professores que pouco interagem com os alunos e, em geral, com os pacientes também. Transmitem informações tecnicamente corretas sobre temas médicos de forma solo e centrada em si mesmos. Não perguntam e não oferecem tempo para o aluno pensar, ou seja, não estimulam a participação nem o desenvolvimento de raciocínio. Mas quando não criam clima de prova oral entre estes, parecem apreciados justamente por ‘não enxergarem’ o aluno.

Os alunos falam da atitude distante do professor na transmissão vertical de conteúdos, pouco disponível à interação com o aluno:

“Eu acho que é assim porque a maior parte dos professores não está compromissada de verdade em fazer os alunos aprenderem. Assim também como os alunos não estão compromissados em realmente aprender”. (A3)

Por outro lado, na Clínica, observamos professores que constroem vínculos com seus alunos, criando ambiente acolhedor e ganhando confiança e admiração. Nesta modalidade de relação pedagógica, há professores que se colocam ao lado do aluno e fazem da pergunta-resposta um modo de construir um caminho para o desenvolvimento do raciocínio, pacientemente estimulando, no aluno, o pensar clínico.

Um exemplo de condução de uma conversa que aproxima as pessoas foi observado na Cirurgia:

“Em uma visita conduzida por um jovem professor de cirurgia que estimulou nos residentes a formação de espírito crítico por meio de perguntas que abriam caminhos pensantes. Ouvia as respostas e seguia o caminho escolhido pelo aluno até onde fosse e lá chegando ponderava os prós e contras dessa escolha. Não fazia chamada oral, nem pedia respostas que estavam na sua cabeça, ao contrário, o jogo era mais inteligente e interessante porque pensar com lógica é muito mais instigante do que buscar coisas específicas no baú da memória”. (CCampo)

Por outro lado, no mesmo contexto da Cirurgia, observou-se a relação pedagógica oposta:

“O professor começou chamando uma aluna na frente da sala e fazendo-lhe perguntas sobre um determinado tema (que não estava no programa). Ela falava olhando para ele, buscando sua aprovação, em voz baixa. Ele a mandou olhar para a platéia. Ela sabia bem pouco e ele perguntou aos outros alunos se eles estão satisfeitos com o que ela lhes dissera. A platéia ficou incomodada, uma aluna pediu para o professor assumir a aula, mas ele insistiu. Um colega foi em socorro da aluna. Ao lado dela somavam dois que sabiam bem pouco, mas pelo menos estavam juntos. O clima era constrangedor. A exposição pública das insuficiências dos alunos frente ao poderoso saber do professor era evidente, demonstrando a humilhação como ‘estratégia’ de ensino-aprendizagem”. (CCampo)

Neste caso, o professor exerce um poder autoritário sobre os alunos. Não há princípios de conduta coletivos, cada professor usa da autoridade de acordo com suas próprias convicções e os alunos têm de se moldar às vontades de cada professor.

Na visão de alguns professores da Cirurgia, a forte autoridade do professor é considerada uma necessidade para o ensino médico. Mas, na visão de outros, esse autoritarismo deixaria profundas marcas de sofrimento no aluno, deformando o seu caráter.

Quase que em continuidade, a violência está presente e ocorre nos relacionamentos de várias formas.

Na Cirurgia, encontra solo fértil na natureza fortemente sensibilizadora de emoções diversas e difíceis dos agravos que fazem parte de sua rotina e dos procedimentos necessários para a intervenção médica sobre os mesmos. Os pacientes portam doenças muito graves, às vezes deformantes e incapacitantes. São traumas, tumores, doenças que acometem pessoas de todas as idades e estão ligadas a grandes sofrimentos humanos. Não olhar nos olhos dos pacientes, ou fazê-los invisíveis, pode ser um recurso defensivo para deter tamanha sensibilização e, nesse sentido, agiria contra a humanidade que faria deles seus semelhantes, lembrando-lhes que todos estamos à mercê de tais sofrimentos.

Tais professores procuram forçar o aluno a pensar e a estudar por intimidação. Há relações marcadas pela agressividade do professor frente aos seus alunos; um embate que, ao final, vai reforçar a primazia do professor em relação ao aluno e o seu assujeitamento. A lição está dada: aos vencedores, o registro do Conselho Regional de Medicina, que, afinal, permitiria (e legitimaria) a última palavra.

Medo de retaliação e constrangimento explicaria o silêncio dos alunos sobre tais atitudes dos professores, como disse a aluna do quarto ano:

“Você não vai entrar numa briga sabendo que está em total desvantagem. Se você sabe que o ‘cara vai te ferrar’ depois, você vai ficar quietinho, vai ‘engolir o sapo’, e ainda vai achar lindo depois”. (A4)

Na visão dos alunos, a hierarquia é útil, mas, na prática, resvala para a violência ou, como diz o aluno do sexto ano, serve ao “abuso do poder”:

“Eu acho que a hierarquia é uma questão realmente de experiência para tomar decisões e também para transferência de conhecimento. O que acontece é que algumas vezes essa hierarquia é tomada como forma de poder mesmo, como forma até de violência, de certa maneira: vai ser assim porque eu quero. Porque o R+ mandou, porque o titular quer. Isso é clássico nas cirurgias. E aí, é uma perversão da hierarquia que foi criada para organizar. Mas eu acho que, dentro de um ambiente hospitalar, ela pode, sim, ser útil e benéfica”. (A5)

A violência como forma de assujeitamento do outro, prevalecendo o desejo de quem está na situação de maior poder institucional, se expressa, particularmente, nos casos em que é muito difícil lidar com as diferenças sociais e culturais e encontrar algo em comum, de humano-igual, entre sujeitos tão distintos. O apelo à ética (princípio da autonomia) e à lei (na figura da instituição) aparece, então,

como recurso para resolver os conflitos que, sem essas mediações, acabariam se transformando em violência pura e simplesmente.

Nitidamente, a relação médico-paciente fica comprometida pela atitude que impede ao médico acolher e tratar o outro estranho, por quem sente aversão. Quando a ética não prevalece ao nojo, acontecem situações como a que o aluno do sexto ano conta:

“No PS de Clínica tinha uma paciente que estava alcoolizada e era glasgow 3. Eu falei: Vamos dar suporte? Vamos, sei lá, talvez até intubar para proteger a via aérea e não sei o quê. Ninguém quis fazer comigo. Ah, ela é bêbada, deixa aí. Eu olhei os relatórios de primeiras condições, peguei a paciente, virei de lado. Depois de duas horas ela estava pulando no PS, estava ótima. Não aconteceu nada de errado. Mas são condutas que poderiam ser tomadas e que às vezes não são, porque na prática a teoria é outra...”. (A6)

No ambulatório pudemos observar vários relatos sobre violência de pacientes ou familiares contra os médicos, e a necessidade de se proteger deles. A crise de confiança tem mão dupla nessa relação tão estremeçada nos tempos atuais.

Por outro lado, o não-reconhecimento do outro na sua integralidade, associado ao endurecimento dos profissionais, à hierarquia rígida, à comunicação apenas unilateral e descendente, e ao tecnicismo, formam um meio de cultura para a violência, que nem sequer parece percebida como tal, tamanha a naturalidade com que ocorre entre as melhores intenções.

Nas tomadas de decisão, o autoritarismo e a falta de respeito à dignidade são notórios. Numa discussão de Bioética, uma aluna relatou o fato acontecido no seu primeiro plantão noturno do internato:

“Havia na enfermaria um paciente terminal, porém consciente e contatando, com a indicação de SPP (se parar, parou; não se reanima). No meio da noite ele teve uma hemorragia grave. Chamaram a interna e o R1 que não conseguiram estancar a hemorragia. O R1 chegou a pedir sangue para o paciente, mas foi desautorizado pelo R2 que lembrou-lhe do SPP. O paciente entrou em desespero, pediu para lhe darem sangue. Percebendo que não estavam fazendo nada por ele, começou a chorar porque sabia que estava morrendo. Por fim pediu para ser sedado, e logo depois morreu. O paciente estava morrendo e todo mundo o enganando, dizendo-lhe que ia ficar bom. Achei muito desumano!”. (CCampo)

Considerações finais

Angústias e prazeres acompanham a vida do médico. Uma vida de muito trabalho que começa bem cedo, na faculdade, e envolve, mais que a acumulação de saberes, a lapidação da identidade em um processo de subjetivação que se dá a partir de valores da cultura de cada época refletidos na cultura médica, expressos em situações e pessoas nos processos de intersubjetividade. Dentro da escola médica, tal processo pode contribuir ou não para o desenvolvimento das competências ético-relacionais necessárias para as boas práticas em medicina e a que se pretende no que chamamos de formação humanística do aluno (Couceiro-Vidal, 2008; Pessoti, 1996).

Ainda que a organização do trabalho médico seja um dos principais fatores responsáveis pelos problemas na relação médico-paciente (que, atualmente, buscam solução nas propostas de humanização na área da Saúde e na formação humanística durante a graduação), no nosso estudo, encontramos modos de processamento das relações entre as pessoas, e, particularmente, entre professores e alunos, que expressam dificuldades para a experiência intersubjetiva, mostrando que fatores mais intrínsecos à constituição do eu-médico e dos relacionamentos interpessoais devem ser considerados.

A condição angular para a definição dos sujeitos em um encontro se dá na construção dos lugares do *eu* e do *outro* (Levinás, 2009), situação em que certos aspectos culturais podem dificultar ou, mesmo,

impedir essa interação. A ideia de superioridade inata, ou dada pelo lugar hierárquico institucional, associada à admissão de que, ao outro diferente (aluno, paciente, outros profissionais da saúde e, mesmo, entre médicos), haveria gradações de relevância da sua subjetividade, no extremo da negação do outro permitiria, até mesmo, a prática de abusos e esquecimentos de direitos ou deveres éticos, mesmo que previstos em lei. Nesse contexto, a violência se faz presente na forma de desqualificação das pessoas, mentira ao paciente, preconceito, racismo, abuso de poder hierárquico institucional.

Junto aos alunos, observa-se que o pouco protagonismo, o silêncio ou passividade na aprendizagem se dão por temor à humilhação decorrente das dúvidas ou dos erros, no que poderíamos conotar como uma 'pedagogia do medo', que provoca inquietação, revolta e sofrimento, mas que, para alguns, acaba sendo aceita como necessária para a 'passagem' ao ser médico. De outro ângulo, observa-se que, em ambientes 'mais flexíveis', alguns alunos se comportam de forma especular, tornando-se eles próprios, também, agentes de violência contra colegas e, mesmo, contra professores menos autoritários.

A atuação de professores capazes de construir vínculos com alunos e pacientes, em situações mais ativas de ensino nas quais há o reconhecimento do outro na sua alteridade e a busca de entendimento recíproco, promove verdadeiras experiências de intersubjetividade (Coelho Jr., Figueiredo, 2004). Estas criam condições para o desenvolvimento humanístico, uma vez que os alunos são adultos em processo de investimento na autoidentidade, e não meros receptores de conteúdos transmitidos pelo professor.

Ao encontro dessas considerações sobre a importância do papel do professor e das experiências acadêmicas de interatividade na construção da atitude profissional, observamos fato curioso, que, ainda no internato, os alunos parecem muito mais críticos e sensíveis aos aspectos subjetivos que permeiam as práticas de saúde e de ensino do que quando se tornam médicos. A certificação profissional que recebem do Conselho Regional de Medicina marcaria mais que uma passagem da condição técnica de estudante para a de médico, uma mudança de comportamento e de valores.

Confirma-se, então, que, para a formação humanística do aluno de medicina, é necessário mais que o aprimoramento didático-pedagógico das disciplinas específicas da área de humanidades e a humanização dos serviços-escola (que, sem dúvida, são indispensáveis). São requisitos para essa formação: a conscientização dos professores sobre seu papel modelar na totalidade do processo educacional e a precisa definição institucional de valores e diretrizes de conduta ética (para todos) construída de forma coletiva e dialogada.

Tal dimensão ética requer o reconhecimento de aspectos subjetivos e intersubjetivos dados pela cultura e implicados na prática médica e seu ensino-aprendizagem. Só assim se situará dentro de um projeto educacional para formação humanística em medicina, ressaltando a importância dos aspectos mais sutis, e não menos impregnantes, vividos nas experiências intersubjetivas durante a graduação, e que serão decisivos para o desenvolvimento de competências ético-relacionais do futuro médico.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- AUGÉ, M. **Não lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papyrus, 2005.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.549-60, 2005.
- BERBEL, N.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.2, n.2, p.139-54, 1998.
- COELHO JR., N.E.; FIGUEIREDO, L.C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. **Interações**, v.9, n.17, p. 9-28, 2004.
- COSTA, J.C.F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- COUCEIRO-VIDAL, A. Enseñanzas de la bioética y planes de estudios basados en competencias. **Educ. Med.**, v.11, n.2, p.69-76, 2008.
- DALSGAARD, A.L. **Vida e esperanças**: esterilização feminina no Nordeste. São Paulo: Editora Unesp, 2006.
- DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- GEERTZ, C. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z.M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção de educação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.28, n.2, p.99-105, 2004.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- HUNDERT, E.M.; DOUGLAS-STEELE, D.; BICKEL, J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. **Med. Educ.**, v.30, p.353-64, 1996.
- LAIDLAW, T.S. et al. Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance. **Med. Educ.**, v. 40, p.18-25, 2006.
- LÉVINAS, E. **Entre nós**: ensaios sobre a alteridade. Petrópolis: Vozes, 2009.
- MACHADO, M.H. **Profissões em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.4, n.6, p.109-16, 2000.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PESSOTI, I. A formação humanística do médico. **Medicina**, v.29, p.440-8, 1996.
- ROSSI, S.R.; BATISTA, N.A. O ensino da comunicação na graduação em Medicina: uma abordagem. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.10, n.19, p.93-102, 2006.
- SCHRAIBER, L.B. **O médico e suas Interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008.
- _____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saude Publica**, v.29, n.1, p.63-74, 1995.

RIOS, I.C.; SCHRAIBER, L.B. Una relación delicada: estudio sobre el encuentro profesor-alumno. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.39-51, jan./mar. 2011.

El tecnicismo y el vacido del lugar del médico como cuidador se determinan por la formación centrada en la adquisición de conocimientos biomédicos. Las críticas llevaron a las escuelas médicas a incluir disciplinas de humanidades en el currículo; lo que se mostró insuficiente. En este estudio se ha objetivado comprender el encuentro inter-subjetivo de profesores y alumnos resaltando aspectos referentes a la cultura contemporánea importantes para la construcción de la identidad y la actitud médica. Por medio del estudio de caso, entrevistas con profesores y alumnos y documentos oficiales de una escuela médica en el estado de São Paulo, Brasil, se han planteado las relaciones pedagógicas e inter-subjetivas en el cotidiano del proceso educacional, encontrándose modos polares de inter-actividad.

Palavras chave: Educación médica. Humanidades. Humanización de la asistencia. Medicina.

Recebido em 22/03/10. Aprovado em 23/08/10.