Izabel Cristina Rios

Subjetividade Contemporânea na Educação Médica

A formação humanística em Medicina

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
Título de Doutor em Ciências

Programa de: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Rios, Izabel Cristina

Subjetividade contemporânea na Educação Médica : a formação humanística em
Medicina / Izabel Cristina Rios. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de: Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Educação Médica 2.Humanidades 3.Competência clínica
4.Humanização da assistência

USP/FM/DBD-149/10

Ao Eduardo.

E aos meus pais e irmãos.

Agradecimentos

À Profa. Lilia Blima Schraiber que me mostrou o caminho e, com terna sabedoria e profundo conhecimento, guiou meus passos neste trabalho.

Ao Prof. Milton de Arruda Martins, pela escuta atenta às minhas dúvidas e sugestões que resultaram valiosas contribuições a este trabalho.

Ao Ademir Lopes Junior, cúmplice de trabalho, e das histórias de médico e de gente que não precisa de razão para sua alegria de viver.

Aos alunos e professores entrevistados, pela generosidade de doar seu tempo e a coragem de compartilhar as memórias, reflexões e desejos que iluminaram este estudo.

Ao professores chefes dos Departamentos de Clínica e Cirurgia da escola estudada que gentilmente permitiram o acesso ao espaço cotidiano de seus serviços.

À Marina França Lopes que, ao transcrever as gravações, se sentiu tocada pelo que ouviu e se fez mais uma voz ativa a mostrar a força viva da fala das pessoas.

Àqueles que, no CEDEM (Centro de Desenvolvimento da Educação Médica Prof. Eduardo Marcondes), sustentam comigo a aposta intelectual em uma formação médica competente em todos os sentidos.

Aos professores dos cursos da Pós-graduação da USP, que me fizeram sentir de novo o gosto e a graça de ser aluna.

À imprescindível Lilian Santos de Godoy Prado, e ao sempre eficiente Ricardo Fernandes Góes, que me acudiram várias vezes ao longo dessa travessia acadêmica.

À Profa. Linamara Rizzo Battistella, que, com talento e determinação, não mede esforços para transformar ideias em realidade.

À FAPESP, que apoiou financeiramente a pesquisa base desse estudo.

À Comissão Coordenadora do Programa de Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva pelo apoio financeiro à revisão e impressão deste trabalho.

Sumário

Resumo	
<i>Summary</i>	
I. Introdução	1
II. Objetivos	14
III. Desenho do estudo	15
IV. Apresentação descritiva dos resultados	32
- Observação participante	32
- Entrevistas com alunos e professores	45
V. Análise interpretativa do material empírico	55
Núcleo temático do <i>eu</i>	60
1. O eu-médico	60
1.1. A superioridade médica	62
1.2. O eu-médico idealizado e o vivido	68
1.3. O professor de medicina	87
1.4. O estudante de medicina	95
2. O <i>outro</i>	108
2.1. O <i>outro</i> como semelhante: a fraternidade vestida de branco	110
2.2. O <i>outro</i> como diferente: do não tão igual ao completo desigual	112
2.3 O <i>outro</i> como coisa: um não sujeito	124
Núcleo temático da tecnologia	130
1. O modelo biomédico	131
1.1. Características do ato médico em seu desenvolvimento cotidiano	132
1.2. Insuficiências: limites explicativos e práticos	138
2. O trabalho médico	144
2.1. Recursos tecnológicos efetivamente disponíveis e operados	144
2.2. Organização do trabalho médico	150

3. A conversa na relação médico-paciente_____	157
3.1. A escuta qualificada como recurso técnico para a boa prática médica_____	161
3.2 A escuta como dever moral ou conduta que convém ao médico_____	170
Núcleo temático da interatividade_____	174
1. Tipos de relação pedagógica_____	182
1.1. Relação pedagógica baseada na onipotência do professor_____	183
1.2. Relação pedagógica baseada na construção de vínculo_____	189
1.3. Relação pedagógica baseada na desqualificação do aluno_____	194
2. Práticas comunicacionais_____	205
2.1. Linguagem comunicativa: lugares e falas que aproximam as pessoas_____	206
2.2. Linguagem não comunicativa: lugares e falas que afastam as pessoas_____	212
3. Violência_____	218
3.1. A violência devido à assimetria das relações_____	225
3.2. A violência devido ao preconceito_____	232
3.3. A violência devido a comportamentos coniventes_____	236
VI. A humanização e o ensino de humanidades médicas_____	245
VII. Considerações finais_____	277
VIII. À guisa de finalização, um depoimento pessoal_____	307
Referências bibliográficas_____	311
Bibliografia consultada_____	317

Resumo

A formação do médico durante a graduação é um longo processo de aquisição de competências referentes ao domínio técnico, ético e relacional da profissão, que reafirmam valores históricos, e ganham contornos atuais no discurso da humanização das práticas de saúde. As diretrizes curriculares para o curso médico preconizam desenvolver habilidades de comunicação, valores éticos, e atitudes de sensibilidade e compreensão com o sofrimento alheio, pois se sabe que, na medicina, relações sem o legítimo interesse e preocupação com o outro comprometem a qualidade da própria realização técnica do ato médico. Entretanto, os estudos evidenciam grandes dificuldades nesse aspecto da humanização das práticas. Uma das causas dessa aridez afetiva e das dificuldades na relação com o paciente seria a formação centrada na aquisição de competência técnico-científica de forma tecnicista. Como contraponto, tentou-se incluir disciplinas de humanidades médicas nos currículos, o que tem se mostrado tarefa árdua. A difícil inclusão de temas humanísticos e desenvolvimento de competência ético-relacional nas escolas médicas fazem pensar que aspectos mais sutis na construção da identidade médica podem estar corroborando com tais fatos. A subjetividade contemporânea (valores, modelos, inscrições de significado), redimensionada na cultura médica, moldaria relações entre as pessoas no ambiente de ensino que dificultaria a experiência intersubjetiva, resultando em uma educação médica que ressalta a tecnologia e se abstém do seu potencial interativo. Com base nessa tese, nosso estudo buscou identificar as dimensões culturais mais importantes na construção das subjetividades contemporâneas no tocante à medicina e investigar o encontro intersubjetivo (professor-aluno, aluno-aluno, professor-professor) no contexto da formação médica. Pela abordagem qualitativa, buscamos interpretar-compreender como um conjunto mais amplo de aspectos da contemporaneidade, combinados na forma de três núcleos temáticos – o Eu, a Tecnologia e a Interatividade –, imprimiam-se no cotidiano de professores e de alunos em momentos diferentes do aprendizado. Percebemos que as dificuldades para a experiência intersubjetiva se manifestam e se reforçam nos processos interativos já durante a graduação. Comportamentos narcísicos, relações instrumentais, violência, e a baixa qualidade organizacional da gestão das práticas assistenciais sobressaem na análise dos dados. Concluímos, com base nesses resultados, que a formação humanística melhor se desenvolverá por meio de: 1. o aprimoramento das disciplinas de humanidades médicas; 2. a integração de sua temática com a prática clínica; 3. a conscientização dos professores quanto ao seu papel de modelo junto aos alunos e quanto à importância de saber trabalhar temas humanísticos em sua área de atuação; 4. a humanização dos serviços de saúde que participam do ensino médico; 5. e, essencialmente, por meio de um processo educacional que permita a aproximação da educação com a ética no viver institucional.

Summary

The medical training during undergraduation is a long process of acquiring competences related to the technical, ethical and relational aspects of the profession, reaffirming historic values, and, in the present, the themes of the so called “humanization of the health practices”. The curricular guidelines for medical school indicates the development of communication skills, ethical values and attitudes of sensitivity and understanding towards the suffering of others, because, it is known that in medicine, relationships without a legitimate interest and concern for others compromise the quality of the technical realization of the medical act. However, studies show great difficulties in this aspect of the humanization of practices. One of the causes of the resistance and emotional difficulties in the doctor-patient relation would be the training focused on the acquisition of technical and scientific competence in a technicist way. As a counterpoint, it has been tried to include humanities in the medical curriculum, not an easy task. The difficult in the inclusion of humanistic issues and development of ethical and relational competence in the medical schools suggests that there are possibly some more subtle aspects in the construction of medical identity corroborating these facts. The contemporary subjectivity (figures, models, meanings), reflected on the medical culture, would shape personal and professional relations in the educational environment in such a way that it would make difficult the intersubjective experiences, resulting in a medical education that emphasizes the technology and decreases the importance of the interactivity. Our purpose in this study was to identify the most important cultural dimensions in the construction of contemporary subjectivities in relation to medicine, and study the intersubjective meeting (teacher-student, student-student, teacher-teacher) in the context of the medical undergraduate. By the qualitative approach, we seek to understand or interpret some contemporary aspects united in three groups of themes – the Self, the Technology and the Interactivity – and their influence in the daily life of teachers and students at different moments of learning. It was felt that the difficulties in the intersubjective experience were manifested and reinforced in the interactive processes during undergraduation. Narcissistic behaviors, instrumental relationships, violence, and poor quality of organizational management of the care practices emerged in the data analysis. We concluded that the humanistic training could develop better by: 1. an improvement in medical humanities disciplines; 2. the integration of its program with clinical practice; 3. the awareness of teachers about being a model to the students and the importance of inserting humanistic issues in its own area of learning; 4. the humanization of health services that take part in medical education; 5. and, primarily, by an educational process that approaches ethics and education in the institutional environment.

I. Introdução

“Há aqui um mistério, e esse é um aspecto da medicina que tem sido esquecido por muitas pessoas, médicos e pacientes. Uma vez identificada a natureza da enfermidade e a notícia transmitida ao paciente, aconteciam várias outras coisas. Primeiro, o médico assumia a responsabilidade pelo desfecho, fosse ele o melhor ou o pior. E talvez mais importante que tudo, ele se tornava um arrimo. Tornar-se um arrimo significava passar aos fatos, o que o médico fazia: ele podia não ter muito na sua maleta preta e não ter poções mágicas para servir e certamente nada que pudesse colocar ou tirar de um computador, porém ele tinha sua presença e aí estava a diferença. Sir William Osler costumava ensinar que isso poderia fazer toda a diferença do mundo, caso o médico entendesse o que estava ocorrendo ao seu paciente e usasse essa compreensão e se tornasse disponível ao mesmo tempo como uma fonte de esperança e força, esses atos de habilidade profissional poderiam melhorar a situação. Eu acredito nessas coisas, mesmo que não as compreenda bem.” (Tratado de Medicina Interna de Cecil, 1984, pp. 38-39)

Até alguns anos atrás, mais precisamente a década de 1940, ser médico significava ter conhecimentos de medicina e disponibilidade para estar ao lado do paciente. A relação médico-paciente era mais próxima e atenciosa (e nesse sentido mais humana), pois havendo poucos recursos diagnósticos e terapêuticos, a presença do médico e o comportamento compreensivo quanto à condição humana era quase um imperativo técnico do ofício (Schraiber, 2008).

Na contemporaneidade, esse cenário de prática sofreu mudanças radicais que começaram bem antes, na época moderna, e, como veremos adiante, hipertrofiaram-se.

A sociedade contemporânea apresenta-se à história como um tempo de grande desenvolvimento científico e tecnológico que pede a contrapartida ética necessária. Tempo de descrença nos movimentos de massa e consequente colonização do espaço público pelo eu, e decorrente desses dois processos, crescente superficialização das relações intersubjetivas reduzidas ao estrito caráter instrumental e utilitário (Giddens, 2002; Lasch, 1987; Habermas, 1989).

Tais características culturais, na área da saúde, encontraram tradução no que se chamou de “modelo biomédico da atenção” (Bonet, 1996). Paradigma da medicina da modernidade, em vários sentidos, eficiente, o modelo biomédico trabalha com a visão do ser humano limitado ao escopo biológico apreensível pelas ciências naturais e ao uso da tecnologia destituída de seu potencial interativo, no que se passou a chamar de tecnicismo. Tecnicismo seria então a valorização excessiva dos recursos tecnológicos em detrimento a outras dimensões partícipes de uma situação, como a ética, a moral, a cultura, as subjetividades, os fatores socioeconômicos, a religião, enfim, vários outros determinantes da saúde e suas vicissitudes.

Já nos anos 1940, reações ao modelo biomédico começaram a aparecer nos movimentos de reforma pela Medicina Integral, iniciados nos Estados Unidos, contra a então considerada ultraespecialização médica. Nos anos 1960, as críticas adensaram-se. Empobrecido na essência da arte médica do estar junto – a intersubjetividade – e não acrescido das áreas humanas que compõem o conhecimento e a técnica do lidar com questões da existência humana, o modelo biomédico revelaria sua insuficiência frente às necessidades emocionais e subjetivas das pessoas quando adoecem (Pereira, 2003).

Tais críticas, em um primeiro momento, na proposta da Medicina Integral, resultaram na inclusão no currículo médico de disciplinas voltadas para tratar o “paciente como um todo”, destacando a pessoa mais que o organismo doente. Mesmo

assim, a ausência do médico como cuidador, cada vez mais um técnico do corpo anátomo-fisiológico (Schraiber, 1993; Ayres, 2004), nos anos 1970, desencadeou uma crise educacional que levou muitas escolas médicas a reverem seus currículos (Pereira, 2003) uma vez que tal fato teria como uma de suas causas a formação médica centrada em disciplinas bio-orgânicas.

Nesse cenário, no currículo médico contemporâneo, surgiram disciplinas da área de humanidades conexas ao ensino das questões da prática clínica e chamadas de “humanidades médicas” (Pereira, 2003), denominação a que se adere neste trabalho. As humanidades médicas são disciplinas que têm objetivos educacionais e conteúdos que trazem ao campo teórico e prático da medicina contribuições da Filosofia, Ética, Psicologia, Antropologia, Artes, Sociologia, História, Política, Educação, ou seja, disciplinas que buscam fundamentos nas Ciências Humanas e Sociais, em especial nas Ciências do Comportamento, nas Artes e na Filosofia, para compreender a condição humana no âmbito da medicina (Pereira, 2003) e desenvolver competências para o cuidar. Desde seu início nos anos 1940, as humanidades médicas buscaram contribuir para a formação de médicos capazes de articular competência técnico-científica moderna, conhecimento da essência humana e atitude compatível com o legítimo interesse pelo bem do outro. Nesse sentido, definiremos como “formação humanística” do aluno a aquisição processual de conhecimentos específicos da área de humanidades, particularmente a conscientização do comportamento moral e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e construção de vínculos (Pereira, 2008; Serodio e Maia, 2009; Couceiro-Vidal, 2008; Hafferty e Franks, 1994; Eckles e col., 2005, Erickson e col., 2007). Tal formação deve propiciar ao aluno a competência de estabelecer e sustentar relações intersubjetivas direcionadas pela ética, pela técnica e pelo agir comunicativo. Pretende-se que o profissional assim formado consiga lidar com o fato

clínico, considerando seus aspectos biotecnológicos articulados a valores e deveres que, a cada situação, devem ser considerados na tomada de decisão. Espera-se também que tenha domínio de algumas técnicas de comunicação e interação referentes ao cuidado das pessoas, como apontam autores que estudam a relação médico-paciente na interface da área da Comunicação e do Comportamento (Grossman e col, 2008; Laidlaw e col., 2006, Maguirre e Pitceathly, 2002; Rider e Keefer, 2006, Yedidia e col., 2003, Rossi e Batista, 2006; Turini e col, 2008, Good, 1994). Competências ético-relacionais que resultariam da formação humanística e que, como tais, se referem a conhecimentos, habilidades e atitudes incorporados ao modo de agir como um verdadeiro “saber” e não apenas “conhecer”.

As principais características de competências assim definidas são: saberes relevantes que podem ser ensinados, aprendidos e avaliados. Ao contrário do que laicamente se pensa a esse respeito, para se alcançar tais competências não basta o “bom senso” de cada um, que na verdade pode até mesmo ser bem perigoso... Mas aprendizado. Vários estudos mostram que não nascemos sabendo e tampouco entramos na faculdade prontos para desenvolver julgamento moral, atitude empática e capacidade de nos comunicar de forma adequada, mas que ao longo da formação podemos aprender (Turini e col, 2008; Pereira, 2008; Couceiro-Vidal, 2008) desde que haja um projeto pedagógico adequado a este propósito.

Também devemos observar que tais competências não representam, como alguns autores trabalham, uma cisão entre o técnico (competência científica) e o humano (capacidade de cuidar), mas representam exatamente a articulação entre informações científicas apropriadas pelo aluno em seu conhecimento médico, com habilidades processuais aprendidas em seus estágios práticos e com atitudes de valorização do paciente e dos colegas em trabalhos de equipe. As atitudes também são

aprendidas na escola seja pelos modelos profissionais a que os alunos respeitam e aderem, seja ativamente pelo modo como junto com as habilidades técnicas o cuidado intersubjetivo é desenvolvido nas práticas de ensino.

Atualmente, no Brasil, a formação humanística do estudante de medicina é determinada pelas Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação (Brasil, 2001) e várias escolas médicas apresentam disciplinas de humanidades médicas em seus currículos. Entretanto, apesar do reconhecimento da sua importância, o ensino das humanidades médicas encontra resistências de alunos e professores (Pereira, 2003; Pessoti, 1996, Stempsey, 1999). Resistência cuja origem talvez se reporte à cisão entre Ciência e Humanismo, fortemente marcada desde o século XIX (Pereira, 2003), e que, além disso, do nosso ponto de vista, encontra reforços na estrutura pedagógica do ensino de humanidades, na vida institucional da escola médica e na cultura contemporânea.

As disciplinas de humanidades médicas não raramente apresentam carências pedagógicas (conceituais e metodológicas) para seu desenvolvimento curricular que as tornam pouco eficientes e desinteressantes (Pessoti, 1996; Stempsey, 1999). Introduzidas nos currículos, sem diálogo com as demais disciplinas da graduação em medicina, as disciplinas de humanidades ficaram na condição de corpo estranho no ensino médico. Malvistas, consideradas carentes de serventia, alienadas do que é tido como o escopo central da profissão médica, e, pois, “dispensáveis”, ou desmotivadoras, as disciplinas de humanidades sobrevivem à atitude preconceituosa de muitos. Ainda que a formação humanística não se esgote em tais disciplinas, elas convivem com a dúvida sobre quanto é possível de fato, nos tempos atuais, formar médicos capazes de operarem uma concepção de cuidado de pessoas diversa da hegemônica na cultura médica baseada no tecnicismo atual (em que cuidar é atuar como tecnólogo).

Pela complexidade da formação humanística, as disciplinas da área de humanidades médicas dão conta de apenas uma parte dessa tarefa. Em tese, todas as disciplinas do currículo médico têm pontos de contato com a área de humanidades, principalmente as que se dão no encontro clínico; e em todas ocorre o ensino-aprendizagem pela apreensão de modelos ativos nas relações interpessoais, de forma consciente e planejada ou totalmente alienada. A literatura atesta essa afirmação com os estudos que mostram que, nas escolas médicas, a construção da postura ética e pensamento crítico e reflexivo desenvolvem-se com base em disciplinas e condutas que se aprendem nas salas de aula, nos laboratórios e, principalmente, observando os professores em ação na prática cotidiana, ou nos seus bastidores (Kaufman, 1992; Assumpção e col., 2008; Pessoti, 1996; Pereira, 2003, Hundert e col., 1996; Wright e Carrese, 2001).

Ao mesmo tempo em que tais estudos afirmam que os alunos, pela observação dos mestres, “modelam” comportamentos e assim, de certa forma, constroem uma identidade médica, contrariam a suposição de que os alunos, sendo adultos com personalidades já formadas não modificariam valores e atitudes mediante aprendizado na escola médica.

Assim, a formação humanística tem caráter transversal. Ocorre ao longo da graduação, em diversos momentos e cenários de ensino-aprendizagem do currículo formal, informal, e nas interações das pessoas no ambiente acadêmico – aspecto este que também responde por parte da resistência ao ensino de humanidades médicas uma vez que a cultura institucional na escola médica, em meio a muitas contradições, é predominantemente tecnicista. Essas contradições se fazem notar na convivência de ideologias divergentes: entre os que acreditam em um modelo de medicina mais positivista e os que fazem críticas ao reducionismo que contrai a relação médico-

paciente a um contato insuficiente à boa prática médica, ou aprofundam a discussão da ética no uso da tecnologia para diversos fins, ou sustentam queixas quanto à organização do trabalho médico que promove ou derruba a humanização dos serviços.

Essas questões não são periféricas à medicina, mas constantes de sua prática e ensino, e tomam maiores proporções quando, do lado de fora dos muros da academia, surgem iniciativas contra o estado de coisas que engendra tais problemas (especialmente a violência dos poderes estabelecidos nas instituições). Na área da saúde, essas iniciativas vêm-se manifestando em ações, reações, teorias e práticas que, na forma de um movimento social e ocupacional, se agregam sob o nome de “humanização” (Deslandes, 2006).

A humanização na Saúde surge na história mais recente na forma de movimentos políticos e ideológicos com desejo explícito de transformação da cultura e da prática na saúde em uma perspectiva interativa. Sem negar aspectos da Medicina Integral, o movimento de humanização loca-se mais nas interações do que propriamente na complementaridade dos cuidados, enfatizando muito mais o discurso acerca da comunicação e da ética do que das determinações sociais e culturais do adoecimento, que não estão negadas, mas menos destacadas. Tendo começado no campo da Saúde Mental – como movimento antimanicomial (Reis, 2004) – e da Saúde da Mulher – como a humanização do parto e nascimento (Diniz, 2005) –, provocou progressivas ondas de repercussão na rede pública de saúde, a ponto de, em 2000, o Ministério da Saúde, criar o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH), que, em 2003, se desdobra na Política Nacional de Humanização (PNH), conjunto de princípios e valores de inspiração humanística, norteadores de toda prática de atenção e gestão na área da saúde na rede SUS (HumanizaSUS, 2004). A PNH identifica como principais fatores implicados na qualidade do atendimento, o reconhecimento dos aspectos

subjetivos nas relações entre as pessoas, os processos de trabalho e os modos de gestão, propondo a humanização dos serviços por meio de profundas transformações culturais e estruturais na vida das pessoas e das instituições.

Entretanto, mesmo elevada à condição de política pública, na realidade diária dos serviços de saúde, deparamo-nos com a mesma situação paradoxal: o reconhecimento da importância da humanização na saúde é uma unanimidade; sua prática, quase uma militância. É surpreendente a dificuldade de fazer circular valores éticos e atitudes mais investidas de sensibilidade e compreensão para lidar com a doença e o sofrimento humano.

Não se trata de um problema circunscrito ao campo da medicina e seu ensino, mas um traço marcante do funcionamento da sociedade atual. Na cultura contemporânea estariam presentes elementos determinantes de modos de subjetivação que impermeabilizariam as relações interpessoais e que, na medicina, configurariam mais um componente de resistência à formação humanística. Tais elementos, por sua natureza abstrata, sutil, imprecisa, seriam menos evidentes, mas não menos impregnantes na constituição da identidade profissional, articulados aos aspectos antes citados quanto à cultura médica e ao ensino formal das humanidades médicas.

Na área da Educação Médica, observamos que se trata de temática ainda pouco explorada cientificamente, razão pela qual, no presente estudo, nos propusemos a investigar a formação humanística em medicina com atenção direcionada especialmente ao modo como certos traços das subjetividades contemporâneas refletidos na cultura médica erguem barreiras aos relacionamentos intersubjetivos e contraem a existência humana na objetividade estrita dos fatos.

Partindo de um referencial teórico apoiado em autores da Psicanálise, Antropologia, Saúde Coletiva e Sociologia escolhemos as construções acerca das

subjetividades que, do nosso ponto de vista, teriam maior influência sobre a cultura médica, reforçando as dificuldades observadas no intento de uma formação humanística em medicina.

A contemporaneidade é vista por certos autores como um desmontar e radicalizar pelo excesso as conquistas da modernidade (Hobsbawm, 1995; Lyotard, 2002; Lipovetsky, 2004, Augé, 2005; Habermas, 2000; Costa, 2004).

Marc Augé (2005) diz que o que caracteriza a época atual não é o fim da modernidade, mas seu excesso, que na hipertrofia, transfigura as formulações que deram origem à modernidade. Esta “supermodernidade” se define pela figura da “*superabundância factual do mundo contemporâneo*” (p. 33) que de certa forma acarretaria uma diminuição da esfera interativa, podendo levar, sobretudo na medicina (Schraiber, 2008) à substituição do valor das pessoas pelo valor dos meios (intermediários nas relações humanas).

Retirar das pessoas seu valor singular e transformá-las em funções seria um fenômeno importante a propósito do nosso estudo. Jean-François Lyotard (2002) desenvolve essa ideia argumentando que a condição pós-moderna é fruto do desenvolvimento do capitalismo multinacional e dos fenômenos da globalização. A globalização econômica, a lógica do mercado e o neoliberalismo solaparam os ideais utópicos, políticos, éticos e estéticos da modernidade e criaram um mundo que tem como principal força econômica de produção a informação. Em um cenário essencialmente cibernético-informacional, o poder estaria nas mãos dos que detêm as grandes redes de informação e gerenciam o seu acesso, e cada indivíduo estaria ligado ao sistema não pela pessoa que é, mas pela função que desempenha no que o autor chama de “jogos de linguagem”. Tais lugares de natureza funcional também contribuiriam para a opacificação das subjetividades.

Ao encontro desses autores, Costa (2004) analisa que, nesse rearranjo social de forte caráter individualista as pessoas não mais se identificariam com os grandes coletivos, nos quais anteriormente se viam tal como ao declinarem as ideias políticas revolucionárias que prometiam um mundo melhor. Hoje, a atuação na esfera pública não diz respeito às lutas de classe, mas, no máximo, às lutas pelos interesses de grupos (sexuais, raciais, culturais, religiosos, etc.). As pessoas estariam cada vez mais voltadas para si mesmas, para o seu corpo e para a busca do seu prazer – o individualismo que nasceu com o modernismo, na contemporaneidade faz uma apoteose narcísica – com a consequente perda de interesse legítimo pelo outro, pela alteridade.

Essa dificuldade do encontro do eu e o outro, que vem se manifestando desde a Modernidade, pode ser compreendida também do ponto de vista filosófico, particularmente em Habermas (2000). Para este autor, servirá de base para a crítica à atual razão tecnológica e seu uso instrumental nas relações humanas, esvaziando estas últimas de interação e, pois, de um agir ético e comunicativo. Da perspectiva de nosso campo da Saúde e deste particular estudo acerca da formação do médico, podemos estender o argumento habermasiano para a constatação que muitos dos autores desse campo fazem (Schraiber, 1997; Ayres, 2001; Martins, 1998) acerca da transformação do encontro clínico em um agir tecnicista, que talvez se inicie já no encontro de professores e alunos – momento privilegiado do processo ensino-aprendizagem, quer para as competências técnicas, quer para as formas profissionalmente apropriadas de interação no cuidado do paciente.

Esses autores demonstram que o tecnicismo da atual prática médica – valorado como a melhor, senão única, modalidade de abordar os eventos do adoecimento – diminui a presença dos aspectos humanísticos da atenção. Em seus estudos, Ayres (2000, 2004, 2005) mostra a ausência dessa referência de cuidado em práticas de saúde

que se tornaram um tratar tecnicista. Com base na noção habermasiana de agir comunicativo (Habermas, 1989), Ayres discute a questão do cuidado no campo das práticas de saúde como um agir de interesse pelo outro (ética comunicativa) e de refinamento compreensivo por meio da comunicação eficiente.

Além das referências culturais que trazem importantes obstáculos às relações de um modo geral e em particular na área da Saúde, soma-se a crença radical nos meios como potências da interação. No lugar da intersubjetividade entrariam os equipamentos e recursos materiais de toda ordem. A tecnologia vista como força redutora dos males e infortúnios a que a espécie humana tem sido vítima no curso da história (Hobsbawm, 1995) – ainda que não tenha somente esse fim, e por vezes acabe agindo justamente no sentido contrário (haja vista a tecnologia bélica) –, exerce fascínio não só nos médicos e estudantes, mas na sociedade como um todo. Junto à hipertrofia do eu frente ao outro (indivíduo ou coletivo) e às relações intersubjetivas que são menos “relações” e mais inflexões do eu sobre o outro, consubstancia-se uma cultura que sustenta a antiga dicotomia Ciência e Humanismo, e supervaloriza na Ciência sua derivação em tecnologias.

No estudo sobre as transformações do trabalho médico, sua prática contemporânea e seu mercado de trabalho, Schraiber (2008), Machado (1996) e Merhy (2002) mostram como as mudanças sociais decorrentes do avanço tecnológico e das demandas do complexo médico industrial trouxeram ganhos e perdas para a prática médica. A tecnologia aplicada à medicina trouxe conquistas para o bem das pessoas, realizando as mais antigas aspirações humanas sobre os destinos da vida e do corpo. Em compensação, as mudanças no exercício da medicina e em seu mercado de trabalho criaram um abismo entre o médico e seu paciente. No ensino-aprendizagem, reforçaram

a educação mais estrita na transmissão do conhecimento-informação e da dimensão tecnológica, deixando para trás a formação humanístico-científica.

Desta primeira aproximação teórica junto à temática deste estudo, podemos dizer, então, que o reflexo da cultura contemporânea na cultura médica alimenta forças motrizes que operam no cotidiano das pessoas nos contextos das práticas de saúde e ensino, dificultando a humanização (pensada nos termos aqui adotados).

Ainda assim, a medicina requer uma dada combinação de ciência e arte, realizando conhecimentos, métodos, ferramentas, materiais e processos. A medicina requer técnica e sensibilidade – que começamos a aprender na faculdade e consolidamos ao longo da vida de médico.

Nossa hipótese é a de que, nos tempos atuais, as subjetividades contemporâneas (valores, modelos, inscrições de significado) em seu exercício cotidiano nas relações intracomunitárias durante o ato clínico (médico e paciente) e durante a formação (relação entre alunos e entre alunos e professores), realiza-se um modo de ser médico (e educador) que dificulta a experiência intersubjetiva que caracteriza nossa profissão como ciência e arte.

Retomando nossas premissas iniciais de que uma importante parte da formação humanística se dá pela apreensão e vivência de modelos representados pelos professores na relação professor-aluno e nas interações informais no ambiente acadêmico, justificamos nosso interesse em entender melhor as matrizes culturais e seus efeitos na formação humanística em medicina, que deste nosso ângulo, passa necessariamente pelo estudo do encontro pedagógico. No estudo do encontro pedagógico buscamos compreender as referências dessa prática individualizada e individualizante do médico contemporâneo e suas dificuldades de compartilhar, seja com outros profissionais da Saúde (trabalho em equipe), seja com o paciente (qualquer momento diagnóstico ou

terapêutico do encontro clínico), fato que é subproduto e ao mesmo tempo promotor da resistência às disciplinas e temas humanísticos na formação; tema relevante, considerando que a prática médica na contemporaneidade se dá em condições científicas, tecnológicas e político-organizacionais tais que cada vez mais afirmam a necessidade de saberes apoiados na área das humanidades para o bom exercício da profissão.

II. Objetivos

Estudar no processo de ensino-aprendizagem atinente ao contexto das disciplinas de formação geral – Clínica e Cirurgia Gerais – como se dá o encontro intersubjetivo de professores e alunos e como este é experimentado e transmitido, ressaltando valores e aspectos da cultura contemporânea importantes para a prática médica e seu ensino presentes na construção das relações que aí se processam.

Reconhecer e descrever aspectos da subjetividade de alunos e professores, mapeando elementos que expressam a cultura médica contemporânea.

Identificar e interpretar como alunos e professores se relacionam entre si e entre pares e lidam com seu cotidiano de intersubjetividades.

Identificar e analisar se e como as diferenças de contexto de ensino-aprendizagem modificam as relações intersubjetivas.

III. Desenho do estudo

1. Construção dos Núcleos Temáticos: categorias de produção e análise do empírico

Como dissemos na Introdução, iniciamos a pesquisa com o estudo teórico das subjetividades contemporâneas na perspectiva de autores que abordam o tema na vertente da Psicanálise, Antropologia, Saúde Coletiva e Sociologia, datado no período sócio-histórico que para alguns autores configura uma Pós-modernidade (Anderson, 1999; Lyotard, 2002), uma Modernidade Tardia (Giddens, 2002) e para outros uma era Hipermóderna ou Supermoderna, (Lipovetsky, 2004; Augé, 2005).

Dessa imersão teórica, construímos o que chamamos de *Núcleos Temáticos do Estudo* definidos como o conjunto das principais configurações psicossociais (valores, lugares, atitudes, crenças, conceitos, história) implicado na produção de subjetividades e desde estas, nas relações interpessoais no mundo contemporâneo, e que podemos observar no comportamento ou no discurso das pessoas ou grupos. Os núcleos temáticos compõem-se, assim, de referências identitárias culturais que, no vivenciar subjetivo, entram no universo simbólico dos sujeitos na construção dos modos de ser e se relacionar com o outro (intersubjetividade) e com todos os outros (relação indivíduo-norma social).

Na construção dos núcleos temáticos, retiramos de nossa base teórica os aspectos que julgamos mais pertinentes ao estudo das relações interpessoais no âmbito da medicina, uma vez que nossa intenção era compreender melhor os problemas relacionais e éticos que hoje atingem a prática médica de forma contundente. Esses núcleos serviram como categorias teórico-conceituais de análise do material empírico produzido e, como se verá adiante, correspondem a diversos conteúdos empíricos que

foram observados na produção dos dados pelas diferentes técnicas utilizadas, dando concretude e particularidade aos temas abstratamente delineados. Tal como apontado na Introdução esses núcleos são: o **eu** (e o **outro**), a **tecnologia** e a **interatividade**.

Núcleo temático do *eu*

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*. No tocante ao *eu*, o autor revela que nunca na história foi tão frequente colocar a singularidade como referência. A individualização das referências reivindicaria poder absoluto ao interesse particular e à consciência individual descolada do coletivo.

Aprofundando, Giddens (2002) diz que vivemos tempos em que predomina a cultura dos “projetos reflexivos do eu”, ou narrativas biográficas em constante trabalho de construção e revisão. A organização reflexiva do eu seria um processo que se dá pelo retorno do interesse do indivíduo sobre si mesmo, sendo essa contínua produção da autoidentidade o principal modo de subjetivação da contemporaneidade. O conteúdo da autoidentidade, ou os traços que compõem a biografia na elaboração do projeto de *eu*, e assim o estilo de vida, o controle do corpo e a própria autorrealização seriam fortemente induzidos por valores e modelos de consumo, segundo critérios de mercado, mas ainda assim percebidos como “individuais”.

Na perspectiva psicanalítica, o retorno do interesse do sujeito sobre si mesmo constitui o narcisismo, modo de funcionamento psíquico no qual os eventos externos são tratados segundo necessidades e desejos do *eu* de forma imperiosa o que acarreta um precário entendimento das necessidades dos outros e do compromisso nas relações interpessoais (Costa, 2004; Birman, 2001). A falta de referência no outro, coletivo, ou pessoa, esgota o sujeito nele mesmo e produz vivências de solidão, falta de sentido,

desamparo e falta de autenticidade, o que em parte se explica pelo fato de que a subjetividade se constrói na relação com o outro e dela se alimenta ao longo da vida.

Nesses termos, a cultura contemporânea, chamada de Cultura Narcísica, Somática ou do Espetáculo (Lasch, 1987; Costa, 2004), reproduz conceitos e práticas que não sustentam a alteridade e empobrecem a experiência intersubjetiva interpessoal.

A preocupação com a intersubjetividade surge justamente nesse período em foco, quando os fenômenos sociais rapidamente se convertem em questões da intimidade para ganhar significado relevante. A intersubjetividade (Coelho & Figueiredo, 2004), como discutiremos melhor adiante, diz respeito a fenômenos que ocorrem em espaço intrapsíquico e interpessoal. Segundo os autores citados, falta interesse legítimo pelo universo alheio, disposição interna para escutar, refletir, construir junto um pensamento compartilhado, produto de um encontro. O investimento narcísico do *eu* em si mesmo esgota seus recursos psíquicos para a intersubjetividade interpessoal.

Dessa base teórica para a cultura médica neste estudo, construímos as seguintes modalidades e possibilidades de posicionamento subjetivo:

Referências Identitárias	Vivências Subjetivas/Representações
Cultura Narcísica	Centramento no eu, não reconhecimento do outro na sua diferença e singularidade, indiferença ao outro, invisibilidade, impossibilidade de suportar a alteridade, hipertrofia do eu, e (por falta de referências no outro) sentimento de falta de sentido, vazio, e solidão. A prática solitária ou solo; autonomia total no agir profissional; ausência de interação entre pares, com outros profissionais e com o paciente.
Cultura Somática	Centralidade do corpo e da imagem no pensar sobre si mesmo e sobre o outro, redução do outro ao seu corpo, manipulação do corpo à imagem de modelos estéticos midiáticos, o corpo como sentido da vida e como

	explicação para os fenômenos psíquicos e existenciais, chegando inclusive à medicalização desses, primazia do olhar sobre o corpo biotecnológico.
Cultura do Espetáculo	Predomínio da sensorialidade e das sensações sobre o pensamento e sentimentos, achatamento da interioridade e da reflexão sobre si mesmo, mais-valia da exterioridade, da superficialidade e da aparência, apologia do exibicionismo, do entretenimento, e das representações midiáticas que criam a ilusão de que nelas se encontra o que falta à vida, alimentando o consumismo em todas as suas formas. O verdadeiro não é aquilo que é, mas o que pode e deve ser visto.

Núcleo temático da tecnologia

Na contemporaneidade, a tecnologia faz a subordinação da natureza ao domínio humano e cria sistemas abstratos de explicação da vida complexos e especializados, nos quais as pessoas vão buscar conteúdo para a compreensão do viver e para a autoidentidade (Giddens, 2002). Na área da saúde, a tecnologia tornou-se ainda mais substancial pela abrangência de eventos que alcança no universo do *eu*. Além disso, associa-se à forte presença da organização de mercado na prática da medicina (Schraiber, 2008), que força o consumo e a espiral de inovação/atualização tecnológica (que tem como bom modelo o complexo médico industrial e suas conexões com a indústria de equipamentos e medicamentos).

Schraiber (2008) e Machado (1996) identificam, nos dias atuais, a crença radical nos meios da ação profissional, tais como os recursos tecnológicos ou procedimentos tecnologicamente armados, em que a tecnologia assume a identidade de bem em si e não mais um meio para o bem do paciente. Tais meios, tidos como elementos principais da interação, opacificam as intersubjetividades e realçam, por exemplo, os protocolos, os equipamentos, os medicamentos ou recursos materiais de toda ordem, o que teria fortes implicações na atenção à saúde e na relação médico-paciente no que se refere à comunicação, construção de vínculo e ética.

Evidencia-se o tecnicismo da atual prática médica, compreendido como uma forma de realizar a competência técnico-científica em seus meios tecnológicos de modo restrito ao acesso a esses meios.

Sob esse olhar, um segundo quadro de matrizes culturais e possibilidades de vivências subjetivas foi criado para este estudo:

Referências Identitárias	Vivências Subjetivas/Representações
Biociência	Onipotência de um modo de pensar a saúde (seu cuidado, a atenção às pessoas, os tratamentos) com valorização do fato patológico e desprezo pelo conhecimento das humanidades (filosofia, religião, cultura, socialidade etc.). Interposição dos equipamentos e insumos nas relações humanas, esses tidos como bem em si, isto é, o acesso a eles já é o êxito da prática. Distanciamento afetivo ao contato; o outro reduzido a corpo patológico a ser transformado.
Organização Científica do Trabalho	Distanciamento pessoal, interposição da instituição nas relações, dessubjetivação. Imediatismo, velocidade, redução do tempo de escuta. Volume e acesso à informação em quantidade que leva à saturação, excesso, superficialidade, perda do raciocínio mais crítico no julgamento dos casos.

Núcleo temático da interatividade

A cultura da sociedade e a subjetividade das pessoas são frutos das interações humanas em processos comunicacionais. Autores da filosofia, e por caminho bastante diferente, autores da psicanálise constroem seu pensamento analítico na ideia de que a subjetividade se origina e se sustenta na relação com o outro, ainda que para estes e aqueles, “sujeito” e “outro” denominem constructos não exatamente os mesmos.

Na psicanálise, trabalha-se com o conceito de figurabilidade (Laplanche e Pontalis, 1988), processo de ver-se no outro (Lacan), ou introjetar-se no olhar do outro

(Winnicott) cujo resultado é a produção de sentido para o *eu*, a partir do outro. A base da construção do *eu* é o amor do *outro*, na primeira infância, quando se “aprende” a criar vínculos (desde que se tenha no outro um bom modelo identificatório capaz de desenvolver uma relação de segurança no amor). Para Freud (1914) a condição de saúde mental e vinculação é a possibilidade de se ter objetos de amor satisfatórios e confiáveis e com eles se relacionar.

Levinás (2009) em seus estudos sobre a alteridade afirma que a dissimetria fundamental entre eu e o outro é vivida de forma tensa, invasiva, mas condição para a subjetividade. Considera a subjetividade um produto ético que se constitui não para si, mas para o outro. Diante da nudez do “rosto do outro”, não só o mandamento “não matarás” se impõe, mas a demanda pelo cuidado e proteção à fragilidade assim manifesta, dando início à formação de um campo de vivências constitutivas da subjetividade. Na ética (relação com o outro tendo por base a responsabilidade pelo rosto exposto) se fundaria o núcleo subjetivo do ser, a abertura para o humano no ser.

Também apoiado na ética, Habermas (1989) coloca a linguagem em lugar especial na experiência intersubjetiva, pois para que haja interação é preciso haver um mundo simbólico compartilhável, no qual ocorra não somente a transmissão de informações técnicas, mas a troca de representações entre os que se comunicam.

Para Habermas, na modernidade, haveria o predomínio da racionalidade instrumental – ruptura na dimensão ética das interações que, no extremo, produz a coisificação e mediatização dos indivíduos. Refletidas na cultura médica, Schraiber (2008) e Ayres (2004) denotam essas características em concepções terapêuticas que consideram apenas o tratar do orgânico, e em relações médico-pacientes em que o encontro clínico pareceria mais um “desencontro” do que uma interação.

A humanização das práticas de saúde (Ayres, 2006), pela proposta do cuidar, colocaria em primeiro plano a dimensão ética na relação terapêutica por meio de ações comunicacionais que permitem o surgimento de vínculos de confiança e o entendimento sobre a saúde segundo a realidade e os anseios de cada paciente, em projetos terapêuticos personalizados.

Desde tais considerações, e procurando articular o primeiro e o segundo núcleos, construímos os seguintes arranjos culturais e possibilidades subjetivas:

Referências Identitárias	Vivências Subjetivas/Representações
Invasão social pelo eu	<p>Da perspectiva cultural dominante: desestruturação das crenças coletivas, perda dos apoios sociais, fragilidade dos modelos institucionais, insegurança e temor da relação com o outro, desconfianças, descrença, medo.</p> <p>No sentido contracultural: recuperação do social como interações e relações com outros, e seu sentido de coletivo. O coletivo como base da vida amparada e solidária, e a compreensão da realização do eu somente na realização do social, na relação com o outro e todos os outros (o coletivo)</p>
Violência	<p>Da perspectiva cultural dominante: preconceito, racismo, intolerância, ideologia de poder corporativo-ocupacional; desconsideração do agir ético e comunicativo por ausência de tematização (problematização), por competitividade. Como forma de resolver conflitos, como força/valor. Desejo de destruir o outro diferente.</p> <p>No sentido contracultural: acolhimento das diferenças e representação da igualdade humano-genérica nessas diferenças que são subculturas de etnias, grupos sociais diversos, religiosas etc. Compreensão da existência de conflito nas relações e suas resoluções em formas não violentas.</p>

Ética	<p>Da perspectiva cultural dominante: negação de abertura ao outro diferente, e ideologia dos direitos voltados a si mesmo, transformados em privilégios pela perda da referência na responsabilidade social (para com a pessoa ou o coletivo).</p> <p>No sentido contracultural: interessar-se e acolher o outro da relação; valorização das trocas intersubjetivas; senso de responsabilidade social associado ao reconhecimento dos direitos humanos e sociais; relações interpessoais e intersubjetivas baseadas no princípio da não violência e da sociabilidade pela paz; não conversão das diferenças individuais em desigualdades de valor social ou em diferenças absolutas (negação do outro em si e de si no outro)</p>
Humanização na Saúde	<p>Da perspectiva cultural dominante: crítica parcial e fragmentada ao tecnicismo, com resgate de alguns dos elementos desvalorizados na cultura atual, tais como, a simpatia nas relações, o aumento das conversas, alguma reintegração do interesse pelo outro e maior atenção nos julgamentos clínicos, vistos quase sempre da perspectiva da cordialidade das relações humanas e sociais, mas sem sentido para a técnica e sua tecnologia. “Amenização” dos efeitos do tecnicismo da prática médica.</p> <p>No sentido contracultural: cuidado, respeito, solidariedade, subjetivação. Interações intersubjetivas (dialógicas) em decisões clínicas mais compartilhadas com o outro (paciente, pares, outros profissionais), nos processos de gestão e na organização do trabalho na saúde. Resgate da crítica para o interior do ato clínico: o bom uso da tecnologia reconsiderado criticamente e refeito a cada ato; resgate do acompanhamento e responsabilização social da atenção produzida.</p>

Com base nos três núcleos temáticos apresentados, interpretamos os dados das observações e das entrevistas, e do conjunto teórico-empírico extraímos as categorias

que guiaram nossa interpretação dos resultados, como veremos nos próximos segmentos deste estudo.

2. Definição da base empírica, técnicas de coleta de dados e sua execução

Considerando-se que na área médica ainda há pouca produção científica nesta temática, optou-se pelo estudo aprofundado de um caso, cujo caráter exploratório pudesse levantar questões pertinentes para futuras pesquisas.

Nesse sentido, o caso deveria ser uma situação inserida como parte das situações usuais de ensino aprendizagem em medicina e, ao mesmo tempo, representante de uma situação modelar (Denzin e Lincoln, 2000; Minayo, 1994). Com tais premissas, escolhemos uma escola médica na região do estado de São Paulo que:

1. constituía-se em uma situação usual de ensino-aprendizagem, posto não se tratar de exceção na medicina brasileira, e, ao mesmo tempo, dado seu perfil, representar um modelo de medicina técnico-científica de boa qualidade;
2. apresentava-se viável para a investigação empírica e interessada no estudo da Educação Médica e da melhoria do ensino de humanidades.

Dado o perfil etnográfico desse estudo, que busca os aspectos culturais no exame das subjetividades e intersubjetividades, a literatura recomenda a abordagem qualitativa e a triangulação de técnicas (Denzin e Lincoln, 2000).

A pesquisa qualitativa é muito utilizada nas ciências humanas, e cada vez mais na área da saúde por constituir-se em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que permitem o estudo dos significados, intenções e representações dos fenômenos em um grupo (Denzin e Lincoln, 2000). Encontra-se no campo das práticas científicas, pois se trata de um modo particular de produção de conhecimento que, nesse caso, responde

à necessidade de compreender em profundidade certos comportamentos e estruturas sociais além da descrição. Pela apreensão da dimensão subjetiva da realidade compartilhada pelos sujeitos nela envolvidos, busca-se decifrar os significados da ação humana (Queiroz e col., 2007; Minayo, 1994), entender o absolutamente outro na sua complexidade.

Schraiber (1997) diz que a pesquisa qualitativa define-se como um campo complexo, influenciado por muitos paradigmas e escolas de pensamento que, em suas palavras (p.39), seria *“uma construção de artesão, em que a competência do pesquisador está exatamente nesta capacidade de bem construir”*, sendo ela própria um processo interativo do pesquisador com a realidade em estudo. Tal atitude não exige forte rigor de procedimento para que as investigações possam produzir respostas válidas aos seus pressupostos de partida. O pesquisador se aproxima do mundo simbólico e imaginário das pessoas, que é ao mesmo tempo particular e expressão do amálgama cultural da sua época, com base em concepções, metodologia e instrumentos adequados à produção do empírico, e depois se afasta para fazer o seu diálogo com a teoria e a experiência que lhe são próprios, em um processo de compreender e “interpretar interpretações” (Geertz, 1989).

Neste estudo, na escolha das técnicas de produção de dados, optamos pela observação participante, estudo documental e entrevistas semiestruturadas. Operamos com a triangulação metodológica (que consiste na complementaridade destas técnicas para melhor apreensão do empírico) usualmente recomendada em estudos dessa natureza. Tornou-se possível, assim, confrontar as narrativas com a observação das condutas, e essas com o discurso oficial manifesto nos documentos institucionais.

A observação participante é o processo pelo qual o pesquisador se insere no cenário cultural de um grupo com o intuito de realizar uma investigação científica

ampla, capaz de fornecer elementos para a compreensão dos aspectos objetivos e subjetivos das relações interpessoais no grupo, as tradições, os afetos, ideias, motivos, sentimentos, enfim o registro vívido que jamais se alcança por meio de inventários (Minayo, 1994). Para tanto, o pesquisador precisa ter domínio teórico dos aspectos que pretende estudar no grupo, assim como respeito, sensibilidade e empatia, atitudes que permitem que ele seja aceito pelo grupo e possa mergulhar no campo intersubjetivo que faz parte da condição da pesquisa (Malinowski, 1975). Sua base teórica o coloca na posição de quem procura ativamente, no grupo, vivências relativas aos pressupostos, mas com flexibilidade, crítica e capacidade de fazer dialogar concepções e realidades, ou seja, a base teórica é apoio para a construção científica, e não um conjunto de preconceitos que engessam e inviabilizam a pesquisa. A observação permite a aproximação dos fatos às representações (Denzin e Lincoln, 2000), e o mergulho nas redes mais complexas de relacionamento. O observador faz parte do estudo, ele próprio um dos sujeitos da pesquisa, complementaridade considerada necessária ao método.

Neste estudo, a partir dos núcleos temáticos, elaboramos o roteiro de observação, que além de classicamente focar ambiente, maneiras de agir/interagir e linguagens (Malinowski, 1975), incluiu questões relativas a aspectos da subjetividade mais específicos para os fins do estudo:

- ambiente físico e emocional;
- as pessoas (características físicas, sociais, e comportamentais);
- a pesquisadora nesse ambiente;
- as cenas do ensino;
- modo como os professores se relacionam com os alunos;
- modo como os alunos se relacionam com os professores;
- modo como ambos se referem aos pacientes;

- modo como os professores se relacionam entre si;
- modo como os alunos se relacionam entre si;
- o discurso biomédico e a tecnologia no campo das relações intersubjetivas;
- modo como se realiza o ensino;
- modo como entendem o cuidado ao paciente;
- imagens, ideias, constructos de si e do outro;
- os outros (especialistas, profissionais, familiares e acompanhantes);
- valores de um modo geral e valores morais (em circulação ou ausentes).

As observações seguiram os princípios gerais acima referidos e sendo do tipo etnográfico, na qual, mesmo tendo um roteiro, o pesquisador busca uma total abertura à observação, assim procedemos, atentos a uma descrição minuciosa dos sujeitos e suas interações em contextos ou ambiências específicas. Para o registro dessa atividade, utilizamos o caderno de campo.

A observação esteve voltada para os contextos de reuniões de discussão de casos clínicos e de visitas clínicas às enfermarias hospitalares. Escolhemos tais atividades por se tratarem de cenários de ensino-aprendizagem nos quais é possível observar a relação professor-aluno de forma muito próxima e ainda o modo como se ensina a relação médico-paciente na prática. Escolhemos a Clínica Geral e a Cirurgia Geral por serem as disciplinas-eixo da formação médica, e os alunos do Internato (quinto e sexto anos) por ser o período em que estão mergulhados na aprendizagem prática da medicina junto aos pacientes, situação de ensino na qual o ato médico é posto em questão.

Ainda conforme recomenda a técnica da observação participante, inicialmente buscamos um bom contato para propiciar entrada em campo, o que nas instituições de ensino superior, em especial nas Faculdades de Medicina, supõe conversar com os professores titulares responsáveis pelas disciplinas apresentando-lhes o projeto de

pesquisa e obtendo autorização para observar as atividades. Depois, obtivemos dos respectivos preceptores os documentos referentes ao projeto pedagógico e grade horária das disciplinas, com os quais pudemos mapear o campo e organizar uma agenda de observação.

Quanto ao material documental, realizamos levantamentos de informações relativas aos objetivos educacionais, às definições curriculares e às ementas das disciplinas, além das práticas de avaliação do aprendizado teórico e prático e da supervisão do treinamento prático dos alunos, que constam de documentos oficiais. Na forma de leitura sistemática e crítica pudemos identificar as propostas de ensino formalmente apresentadas, e sobre as quais, na observação, pudemos evidenciar afirmações e contradições do discurso institucional.

Os dados coletados nas observações foram analisados e usados na recomposição do roteiro da entrevista com alunos e professores. A combinação entre a observação e as entrevistas é particularmente recomendada para estudos do tipo etnográfico e a sequência estabelecida permite ampliar o reconhecimento das questões da observação.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma conversa com a finalidade de se obter informações de caráter subjetivo referentes a um objeto de pesquisa (Minayo, 1994). A “coleta de dados” se dá no encontro intersubjetivo do entrevistador e entrevistado, ouvinte e narrador, partícipes de uma aventura comum de apreensão e construção de memórias (Bosi, 2004) e reflexões. Nesse encontro, estimula-se a produção de narrativas em torno de questões estipuladas em um roteiro, com a intenção de conhecer atitudes, fatos, opiniões, valores, sentimentos, julgamentos, enfim, adentrar-se a um campo vivencial que revela sentidos, conflitos e acomodações, que em um outro plano serão metáforas do viver coletivo em dado período e lugar (Schraiber, 1997). A comunicação verbal revela não só a experiência singular de um sujeito, mas,

sendo este também um sujeito histórico e social, retrata os sistemas, estruturas, e teias de representação aos quais pertence (Minayo, 1994), no que as Ciências Sociais chamam de efeito de particularização e efeito de universalização.

Para este estudo, optamos por entrevistas do tipo semiestruturadas que seguiram um roteiro básico de questões-chave dos núcleos temáticos retratados nas observações, e cumpriu a função de propiciar narrativas sobre as pessoas e suas interações durante o processo ensino-aprendizagem de medicina na escola estudada.

- Fale um pouco sobre você: como você se vê? Que tipo de pessoa você é?
- Como é ser médico e professor, ou estudante de medicina?
- Fala-se muito da importância da tecnologia na medicina. Para você, o que é a tecnologia?
- A tecnologia é mesmo importante para a prática da medicina? Como seria ser médico, hoje, sem tecnologia?
- Fala-se também da importância da conversa para a prática médica. Ela é mesmo importante?
- A conversa é algo que se ensina (aprende)? Como?
- Há quanto tempo você está nesta escola? O que você acha desta faculdade?
- Como são as relações entre as pessoas aqui?
- Você sabe que hoje em dia são bem definidos os direitos humanos. Como ficam os direitos das pessoas nas relações cotidianas? Há violência nesta escola?
- Historicamente, a hierarquia faz parte da escola médica. Fale um pouco sobre como você vê isso aqui na faculdade.
- No cenário atual na saúde, fala-se em humanização como valorização das pessoas nas práticas de saúde. O que você pensa a esse respeito? Você acha que a

medicina precisa ser mais humanizada? O que poderia tornar o ensino e a prática da medicina mais humanizados?

As entrevistas foram realizadas por dois pesquisadores. A primeira pesquisadora, médica e autora do doutoramento, e o segundo pesquisador, médico residente do primeiro ano. A opção por um segundo entrevistador se deu por motivos operacionais da pesquisa, mas também e principalmente por que, durante a observação, percebemos a dificuldade dos alunos se colocarem de forma mais livre e sincera em suas relações com médicos mais velhos que podem atuar como seus professores (por razões que veremos adiante nas nossas análises interpretativas), podendo encontrar no residente uma figura mais próxima, estabelecendo vínculos melhores de relação entrevistador-entrevistado.

Na pesquisa qualitativa, a boa relação do pesquisador com o entrevistado é fundamental para o estabelecimento do vínculo de confiança e responsabilidade (Schraiber, 2008; Bosi, 2004) que permite a espontaneidade das falas e gestos, o relato sincero dos fatos, e a exposição das ideias e sentimentos. Simpatia e conhecimento prévio dos entrevistados são assim tidos como fatores que auxiliam o bom proceder da técnica por favorecer a veracidade e autenticidade dos depoimentos.

O segundo pesquisador, quando aluno da graduação, participou de forma muito intensa da vida institucional. Foi diretor do Centro Acadêmico, representante discente em várias instâncias acadêmicas, um ex-aluno que conhecia muito bem a Instituição e seus alunos, e assim, um entrevistador conhecido dos alunos. Caracterizou-se também como um deles até há pouco tempo e conseguiu estabelecer condição, atitude e linguagem necessárias à manifestação mais livre dos entrevistados. Principalmente no caso dos alunos, mas também com os professores, a maior proximidade identitária dos

pesquisadores com seus entrevistados foi fator relevante para a boa qualidade das entrevistas.

Definimos entrevistar oito professores, sendo quatro da Clínica Geral e quatro da Cirurgia Geral que apresentassem as seguintes características:

- ter atividade didática com alunos da graduação;
- ter atitudes ou discursos que dessem conta da própria diversidade institucional:

os mais afinados a princípios humanistas e os mais identificados com o tecnicismo.

Em estudos da presente natureza é importante buscar e reproduzir a diversidade de tipos de sujeitos existentes no caso em estudo, o que fizemos nessa escolha dos professores a serem entrevistados.

Quanto aos alunos, escolhemos dezesseis alunos, diversificando-os também: dois do primeiro ano, dois do segundo, dois do terceiro, dois do quarto, quatro do quinto e quatro do sexto ano. Essa diversidade localiza o começo, a fase intermediária e a fase profissionalizante do curso médico (com ênfase nesta última). Adicionalmente levamos em conta, ainda, outro tipo de diversidade: a afinidade de cada qual com alguns subgrupos que expressam importantes subculturas no interior do universo do alunado, como por exemplo: Centro Acadêmico, Centro Esportivo, Ligas¹, e outros.

Outro aspecto a ser considerado na pesquisa qualitativa é o de que a seleção dos entrevistados não deve ser aleatória, nem probabilística, pois intencionalmente busca a diversificação e o aprofundamento da informação (Minayo, 1994), o que torna importante a localização de pessoas capazes de produzir boas narrativas. Assim, a escolha dos professores e alunos se deu pela identificação, na observação, de pessoas com os perfis desejados para o estudo e pela indicação por professores conhecidos da primeira pesquisadora, ou, no caso dos alunos, pelo segundo pesquisador deste estudo.

¹ As Ligas são entidades estudantis presentes em várias escolas médicas, de caráter autônomo e independente, com o objetivo de apresentar (ou aprofundar) conhecimentos e práticas de determinadas áreas específicas da medicina, complementando a formação acadêmica.

Na organização do processo de entrevistas, os pesquisadores prepararam-se para a entrada no campo por meio de leituras conjuntas de textos de referência para este estudo e aprofundamento da discussão sobre o desenho da pesquisa, seus referenciais teóricos e metodológicos e, principalmente, o roteiro de coleta de dados, várias vezes refeito. Desde o início do trabalho de campo, mantivemos reuniões periódicas de supervisão para organizar e uniformizar a coleta de dados, discutir possíveis problemas e dúvidas que surgissem no transcorrer da pesquisa de campo, e principalmente discorrer sobre as nossas próprias percepções em relação aos entrevistados.

As gravações dos depoimentos das entrevistas foram transcritas e digitadas por terceiros, e conferidas quanto à fidelidade pela pesquisadora.

Por fim, cabe lembrar que o projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição (Cappesq Processo n. 1230/06). Todos os entrevistados foram informados, a contento, e registraram sua concordância em participar da pesquisa pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, dentro das normas institucionais. Mas talvez o aspecto ético mais relevante tenha se alcançado no êxito do encontro intersubjetivo autêntico dos pesquisadores com os entrevistados, quando conjuntamente faziam uma descoberta sobre o que estava em estudo. Ao final das entrevistas, frequentemente, os entrevistados manifestavam satisfação pelo rememorar e ressignificar de suas experiências. Nas nossas conversas sobre o trabalho de campo, era comum aos dois pesquisadores a experiência de “descobrir naquela pessoa algo jamais pensado antes”.

IV. Apresentação descritiva dos resultados

Observação participante

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

1. As pessoas e a ambiência na Clínica Geral

No quinto ano da graduação em medicina, os alunos fazem estágio de três semanas na enfermaria de Clínica Geral, participam das reuniões clínicas e atendem no ambulatório no período da tarde. O Departamento de Clínica Médica agrega um conjunto de disciplinas (entre elas a Clínica Geral) e dispõe de 25% da carga horária total obrigatória do currículo médico. São 1755 horas distribuídas ao longo dos seis anos de formação (Estrutura Curricular, 2007).

Na enfermaria e ambulatório, foram observados 16 professores em ação direta com alunos de seis grupos de internos. O grupo de médicos que atuam na docência tanto podem ser médicos contratados como docentes, quanto médicos assistentes do hospital-escola. Nenhum professor negou acesso à atividade.

Na enfermaria, todos os dias pela manhã, um professor acompanhava um grupo de seis a oito alunos do Internato na visita aos leitos e em seguida discutia a evolução dos casos em uma pequena sala de reunião, com cadeiras dispostas em círculo. Nessa visita, mais ou menos dez casos eram vistos quanto a diagnóstico, evolução e conduta. A depender do professor a atividade começava na hora, ou atrasava bastante. Tinha professor que visitava os leitos calmamente e mantinha contato com os pacientes, e tinha professor que mal olhava o paciente no leito e ia direto para a discussão dos casos.

Essa enfermaria foi reformada, está clara, limpa e organizada. O ambiente é frio e impessoal. Alunos, residentes e professores usam avental branco e se vestem com

discrição. Apenas uma residente se vestia de forma bastante inadequada para uma médica (decotes, chinelos e bermuda) e resistia a vestir o avental. Destacava-se dos demais por seu comportamento mal-educado (às vezes chegando a ser agressivo) e ruidoso descontentamento com o estágio.

Médicos e enfermeiros trabalham cada qual com a sua equipe profissional.

A enfermagem circulava pelos corredores sem prestar muita atenção nas pessoas e quando era chamada, salvo exceções (que de fato existiam), atendia de forma apressada, pouco acolhedora. Curiosamente, no quadro de avisos que se encontrava na parede logo na entrada da enfermaria, estava fixada uma lista de recomendações do Comitê de Humanização para o acolhimento no atendimento de enfermagem.

As reuniões gerais da Clínica Geral ocorriam uma vez por semana e tinham o objetivo de discutir casos difíceis e temas diversos da prática clínica. O preceptor era quem organizava a programação e coordenava a reunião. Participavam todos: professores titulares, assistentes, residentes, internos do quinto e sexto ano. Na frente sentavam os professores e assistentes, depois os residentes e no fundo, os alunos do Internato.

Na sala de reunião ampla, clara, com cadeiras confortáveis, o caso clínico era apresentado pelo residente do grupo e convidados especialistas faziam exposições relacionadas ao caso. A história do paciente era apresentada no modelo clássico da anamnese: queixa, HPMA (história pregressa da moléstia atual), antecedentes pessoais e familiares, hábitos, exame físico completo, exames complementares, hipóteses iniciais, conduta, evolução na enfermaria, intercorrências, mais exames, novas hipóteses diagnósticas.

A reunião tinha caráter formal e a apresentação centrada nos aspectos biomédicos do caso. Todos se tratavam por professor ou por doutor, exceto quando se

empolgavam e deixavam escapar um tratamento mais próximo, como o uso do primeiro nome. O professor titular tinha fala segura, precisa, e demonstrava profundo conhecimento de medicina. Quando apontava incongruências no caso, o fazia de forma respeitosa, instigante, sem laivos de julgamento quanto à conduta dos colegas responsáveis pelo caso. Os demais professores procuravam manter o tom de respeito criado pelo professor titular.

O raciocínio clínico ia sendo tecido pelas diversas falas dos professores, de uma forma que parecia muito prazerosa, desafiante e estimulante para os médicos, por que, no fundo da sala, os alunos riam, cochichavam e não paravam de falar. A reunião se processava entre os experientes, e os inexperientes se dissolviam em meio a risadinhas e conversas paralelas. Não tinham coragem de fazer perguntas e quando não entendiam algo faziam perguntas entre si “*amaurótico?*”, “*o que é amaurótico??*”, a pergunta rodava entre eles, ninguém sabia e ficava por isso mesmo.

Observei que pouquíssimos estavam vestidos de branco, muitos usavam avental com o logotipo da Faculdade e suas Ligas, praticamente todos estavam vestidos de forma muito simples, informal, discreta. E as mulheres, na maioria das vezes, não se distinguiam dos homens neste aspecto. Para ambos, a aparência física não parece ser o que concentra valor em seus comportamentos e atitudes.

O ambulatório ficava em uma grande construção, sempre cheia de gente, gente de todos os lugares, mas essencialmente gente atendida pelo SUS. O ambiente era bem descontraído. As pessoas faziam brincadeiras umas com as outras, falavam alto, cumprimentavam-se com beijinhos, conversavam sobre sapatos e cores da moda, atualizavam fofocas e assuntos de trabalho. Eram oficiais administrativos, estagiários de várias profissões da saúde, alunos de todos os períodos, residentes, professores,

assistentes, técnicos, pós-graduandos. Nas paredes, fixavam-se artigos científicos de medicina, editais, avisos, escalas de aula e de plantão.

A atividade dos alunos do quinto ano no ambulatório estava organizada da seguinte maneira: todos os dias, no Pronto-Socorro, alguns pacientes eram triados e encaminhados para o ambulatório. Cada aluno atendia dois ou três pacientes em uma tarde. Havia uma sala grande, onde ficavam três assistentes e um residente discutindo os casos que os alunos atendiam nas salinhas de atendimento. Essa sala grande tinha mesas, sofás, computadores. Era grande e desorganizada. Nas paredes: papéis com recados, escalas, informes, dispostos de qualquer jeito. O ambiente mantinha a informalidade que parecia típica do lugar, contrastando com os ambientes anteriormente descritos. Isto permitia a expressão do jeito de ser de cada um, professor e aluno, mais do professor que do aluno, por que apesar da aparência, tratava-se de ambiente de exposição e avaliação, isto é, de demonstração pública de conhecimentos. Ainda que a brincadeira e o afeto, aparentemente, minimizassem esse aspecto, ele era onipresente.

Cada aluno depois de fazer a anamnese do paciente discutia com um dos professores que, a seu critério, via ou não o paciente atendido pelo aluno. Mesmo tendo tempo e liberdade para executar a tarefa, observei que a maioria dos alunos colhia a história e encerrava o atendimento rapidamente. Embora não estivéssemos no PS (Pronto-Socorro), a sensação era de pressa, principalmente quando começava a juntar fichas de pacientes a ser atendidos. E aí o ambulatório parecia uma extensão do PS. Mais para o final do período, os alunos não tinham mais pacientes para atender e então aguardavam o final da atividade, amontoando-se na sala. Uns dormiam, outros se abandonavam no sofá, outros batiam papo e a impressão geral era de cansaço e desânimo.

2. As pessoas e a ambiência na Cirurgia Geral

O Departamento de Cirurgia é composto por onze disciplinas (entre elas a Cirurgia Geral) que, no total, perfazem aproximadamente 13% da carga horária obrigatória do currículo médico da Instituição. São 1.395 horas distribuídas ao longo dos seis anos de formação (Estrutura Curricular, 2007).

Na disciplina de Cirurgia Geral para os alunos do quinto ano, observamos três cenários de ensino-aprendizagem: visitas aos leitos da enfermaria, reuniões gerais e discussões de casos clínicos para os internos.

O estágio se desenvolve em 25 dias para cada grupo de alunos, com atividades na enfermaria, ambulatório e centro cirúrgico. No período observado, as atividades de ambulatório e centro cirúrgico estavam bastante reduzidas devido a um acidente ocorrido no início do ano. O programa oficial da disciplina, o registrado em papel, era bem feito, mas o que se efetivava na prática apresentava falhas relevantes. Por exemplo, embora nele encontrássemos a descrição de objetivos afetivos (relativos principalmente à conduta junto aos pacientes), não observamos conteúdos ou práticas que permitissem seu alcance. Supostamente tais objetivos seriam então alcançados pela observação da conduta dos mestres em ação. Mas os mestres em ação não demonstravam tal preocupação para com o aprendizado dos alunos, além de muitas vezes se mostrarem pouco abertos à interação com o paciente no que se refere a alguma demonstração de afeto, ainda que nos marcos de uma atuação profissional.

Com exceção de uma discussão de Bioética (que fazia parte das atividades de uma disciplina da área de humanidades inserida no contexto da Cirurgia), na qual o professor debateu profundamente a atuação dos profissionais junto aos pacientes a partir de situações vividas e trazidas pelos alunos para discussão, nos outros cenários da

disciplina de Cirurgia não observamos os professores atentos para o ensino da relação médico-paciente, como veremos melhor na descrição das cenas observadas.

Os alunos eram divididos em grupos pequenos e passavam junto a três equipes cirúrgicas. Cada equipe (assistentes e residentes) realizava uma ou duas visitas por semana aos leitos das enfermarias e discutia os casos na beira do leito, na presença dos pacientes. As equipes também faziam uma reunião semanal para estudo de casos e de temas. No período da tarde, três vezes por semana ocorria uma discussão de caso clínico para os internos, ou aula teórica com ou sem caso clínico (o programa não era muito preciso nessa agenda).

Nas enfermarias e discussões de caso clínico para os internos, foram observados oito professores em ação direta com alunos de dois grupos de internos. Como na Clínica Geral, nenhum professor negou o acesso à atividade, mas as acolhidas foram bem diversas.

Havia vários professores mais velhos e outros mais jovens, muitos se apresentavam de terno e gravata, particularmente os mais velhos. O cuidado com a indumentária parece mais forte aqui do que na Clínica Geral. Os médicos mais jovens, mesmo vestidos de forma mais informal, usam “grifes”. A referência ao dinheiro também aparece mais aqui do que na Clínica, seja quando se fala do custo do paciente de trauma, ou do custo de uma cirurgia no setor privado (no qual muitos dos mestres trabalham), seja o custo dos materiais utilizados, ou mesmo as discussões técnicas que vão levar a condutas diferentes que também vão levar a ganhos diferenciados para o cirurgião.

A impressão geral que se tem das pessoas na Cirurgia é que aqui impera o pensamento concreto voltado para a ação, para a medicina de mercado e apoiado em uma visão materialista da vida e de tudo o que ela envolve. Rapidez, objetividade, senso

prático e comercial marcam atitudes para a solução de problemas, mas que às vezes se tornam atos de violência e derrubam referências éticas.

Não existia fisicamente uma enfermaria de Cirurgia Geral. O Departamento de Cirurgia está dividido em especialidades e os leitos da Geral ficam em uma delas. Porteiros e recepcionistas não souberam informar onde ficava a Cirurgia Geral do hospital.

Totalmente na contramão do que se preconiza na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde no tocante à ambiência nos serviços de saúde, o ambiente era confuso, mal sinalizado e carente de recepções capazes de adequadamente informar as pessoas. O número de pessoas circulando perdidas pelos corredores não passava despercebido. Por outro lado, muitos funcionários não eram nem atenciosos, nem treinados para dar informações, não havendo diretrizes de conduta em relação a atendimento ao público. Tudo isso nos fez sentir em um mundo caótico e desgovernado. Pelos “labirintos” (pois muitos locais parecem labirintos) só os profissionais sabem as rotas e nada parece ter sido projetado para facilitar o paciente.

É quase impossível pensar as relações das pessoas que trabalham, tratam-se ou estudam aqui sem considerar o que é esse lugar em que o desgoverno é compensado pelo improviso. Os problemas se resolvem pelo voluntarismo de um, a boa vontade de outro e, no limite, o desespero de muitos. Em jargão próprio e bastante indicativo do esforço extraordinário que requerem certas ações para sua realização, em contraposição a uma rotina esperada e bem-sucedida para tais ações, “cavar” exames, pedir para o residente de outra especialidade “quebrar um galho”, “encaixar” um atendimento fora de agenda, são expressões comuns a propósito do que estamos descrevendo.

Conforme constava no programa, na data e hora marcadas, fui à visita. Lá chegando tentei confirmar a atividade no posto de enfermagem e ninguém sabia ou

estava disposto a dar uma informação correta para uma médica (imagine para pacientes e familiares). Ninguém sabia informar sobre uma atividade de rotina daquela enfermaria! O corpo de enfermagem era absolutamente eclético. Encontramos uma enfermeira-chefe mal-humorada que tratava as pessoas com frieza e displicência, e outra muito simpática e preocupada em ajudar. Obtive a informação com uma secretária, diretamente ligada ao programa do Internato, porque as demais não sabiam nada de nada.

As enfermarias da Cirurgia também foram reformadas. Nos seus corredores pouco se via ou ouvia dos pacientes nos quartos. De tão silenciosos, pareciam até nem existir. Em compensação, alunos e principalmente residentes ficavam nos corredores batendo papo em voz alta, fazendo barulho enquanto anotavam a evolução e prescrição dos doentes. Eram médicos que se comportavam como adolescentes em bandos, “zoando” uns com os outros, rindo alto no corredor de uma enfermaria cirúrgica, como se não estivessem em um ambiente hospitalar.

Em geral, os professores eram pontuais. Pela manhã, um ou dois professores acompanhavam um grupo de mais ou menos seis alunos do Internato e quatro residentes na visita aos leitos e discussão dos casos na enfermaria junto aos doentes. Alguns assistentes levavam a discussão mais aprofundada para os corredores da enfermaria, para poupar os pacientes, mas estes não eram maioria. Praticamente todos os assistentes e residentes examinavam os pacientes e as feridas cirúrgicas durante a visita, com o quarto cheio de gente, muitos deles sem sequer pedir licença ao paciente.

Nessa visita, eram vistos mais ou menos oito casos por dia quanto a diagnóstico, evolução, conduta e detalhes operatórios. Discutiam os casos em profundidade, com preocupação em ser claros aos internos e faziam longas e detalhadas exposições sobre os temas referentes aos males dos pacientes em visita. Entretanto pouco se dirigiam a

eles, chegando, às vezes, a ignorar a existência dos pacientes, exceto quando tomavam de seus corpos para fazer alguma demonstração para os alunos.

As três equipes tinham sua reunião para discussão de temas e casos clínicos. Os residentes organizavam a apresentação, e como observado na Clínica Geral, aqui também os professores sentavam na frente, residentes no meio e alunos no fundo. Os residentes apresentavam o tema ou o caso para discussão, usando *slides*, na forma de uma aula expositiva. A reunião tinha caráter formal e a apresentação centrada nos aspectos cirúrgicos do caso. Algumas reuniões eram acompanhadas de comes e bebes que tornavam o ambiente mais aconchegante e agradável. Passava-se rapidamente da história clínica para o estudo da cirurgia e seu resultado. Os médicos formados discutiam como amigos e entre si eram menos formais do que com os residentes e alunos. A discussão se processava entre os professores e assistentes, os residentes, com menor participação e mais na forma de chamada oral, eram frequentemente sabatinados por eles, enquanto os alunos eram apenas observadores, em geral mudos, às vezes, lembrados por algum professor que lhes perguntava sobre dúvidas que, em geral, não são manifestas nesses espaços formais e distantes de suas realidades tanto no que se refere à experiência quanto ao conhecimento que ainda não têm para formular perguntas.

O grupo de médicos era predominantemente masculino, mas, as poucas médicas presentes quando se manifestavam, o faziam de forma mais exigente, incisiva e autoritária que os médicos. Pareciam necessitar uma atitude mais radical dentro das mesmas referências de comportamento dos homens para serem identificadas como cirurgiãs!

Mais uma vez se observa a medicina complexa, minuciosa e difícil, que requer árduo aprendizado. Também a sedução do saber biomédico, grande e majestoso

passando por cima da supostamente prosaica existência humana tão material, miúda e cotidiana. O volume de informação é muito grande, assim como os perigos que rondam a inexperiência. Na Cirurgia, as citações de literatura médica para embasar raciocínios e decisões são menos frequentes que as casuísticas dos cirurgiões, em jargão próprio, respeitados pela sua “quilometragem de categute”².

Três vezes por semana, o programa didático para os internos previa discussões de casos clínicos, atividade que na prática podia ser qualquer outra ou mesmo uma aula expositiva. Tanto nas aulas quanto nas discussões, a participação dos alunos era pequena. O ensino se dá por pressão, acúmulo e memória. Ainda que o professor tente desenvolver um raciocínio, parte dele mesmo e não dos alunos, aos quais recorre com perguntas que na verdade se apresentam como lacunas a serem preenchidas pelos alunos dentro do encadeamento lógico do pensamento do professor.

Uma discussão particularmente interessante e fora desse modelo foi conduzida por um professor da disciplina de Cirurgia que, naquela situação, estava desenvolvendo atividade para a disciplina de Bioética. Uma vez por mês, um professor de Bioética discute com os alunos casos vividos por eles no estágio em que estão passando. O professor era bastante simpático, extrovertido, calmo, brincalhão, bem diferente dos outros. Começou a atividade, perguntando se os alunos queriam discutir algum caso. Vários deles queriam falar, e começaram ao mesmo tempo, mostrando grande ansiedade por contar suas experiências naquele estágio. Diferente da atitude comum nos outros espaços formais, em que os alunos entram mudos e saem calados, neste eles ocuparam tudo. Os alunos falaram do começo ao fim, empolgaram-se, dividiram opiniões, debateram ideias. O professor propiciou tudo isso. Sabia escutar, acolher ideias diferentes das suas, acompanhar raciocínios, e não somente conduzi-los como é comum.

² Categute é o nome de um dos possíveis fios cirúrgicos.

Nas demais situações observadas, os alunos permaneciam calados, apáticos, na defensiva. Em várias discussões observadas, os alunos eram tratados “de brincadeirinha” como seres incompetentes e pouco inteligentes.

3. O lugar da pesquisadora na observação

Tratando-se de um estudo qualitativo, é importante pensar sobre o lugar da pesquisadora nessas sessões de observação. Com o consentimento institucional do Comitê de Pesquisa e dos chefes de Departamentos, em todos os dias e locais, ela se apresentava para os professores, explicava o que pretendia fazer e pedia permissão para fazê-lo. Sendo médica, vários desses professores já eram conhecidos. Observar o trabalho de pessoas conhecidas foi um desafio e um importante exercício de construção do “afastamento da familiaridade” que induz a um protoconhecimento para buscar o “conhecimento” amparado no método, tal como aponta Velho (1978) e a construção de um campo ético de honestidade afetiva e intelectual. Se muitas vezes, na técnica de observação participante, o pesquisador se ressentia da sua condição de estranho no ninho, ficar na condição de alguém não tão estranho assim pode ser bem mais delicado...

Na Clínica Geral, a pesquisadora foi muito bem recebida por 13 dos 16 professores observados em cena. Alguns lhe pediam para se apresentar ao grupo de alunos, outros, depois da sessão, perguntavam sobre o tema do estudo, outros faziam brincadeiras, dizendo que estavam sendo avaliados, que iam ser “dedurados” para o chefe, e mostravam curiosidade pelo caderno de campo cheio de anotações. Na maioria das vezes, em algum momento, os professores buscavam contato com a pesquisadora.

Talvez por isso, tenha chamado bastante a atenção, uma sessão na enfermaria em que o professor, já de início, não quis nem ouvir a explicação sobre a pesquisa ou a

presença da pesquisadora lá, concordando rapidamente e ignorando-a do começo ao fim da visita. Na condição da mais absoluta invisibilidade, nem ao menos deixou que a pesquisadora se despedisse e agradecesse ao final. O incômodo dessa situação apareceu na fala sussurrada de um aluno ao lado da pesquisadora, na pergunta “*estamos indo bem?*” (ele imaginou que estivesse avaliando o grupo de alunos).

A ideia de estar sendo avaliado é comum a professores e alunos.

No geral, os alunos, a princípio, portavam-se de forma mais reservada, e depois adaptavam sua atitude de acordo com a do professor. Professor amistoso e acolhedor, alunos menos preocupados. Professor frio e distante, alunos desconfiados.

Curiosos, mas não a ponto de perguntar o que estava acontecendo, os alunos no ambulatório ou faziam de conta que não estavam vendo nada ou tentavam descobrir por meio do professor. Um aluno mais comunicativo, depois de discutir o caso com a professora, dirigiu-se à pesquisadora dizendo “*eu costumo ser melhor que isso, sabe?...*” Havia, portanto, alunos que arriscavam mais o contato.

Ao contrário da Clínica, todos os professores observados na Cirurgia Geral não conheciam a pesquisadora. Como dito anteriormente, alguns a receberam muito bem, outros muito mal. Metade deles mostrou algum interesse em saber o porquê da presença da pesquisadora e se portaram de forma amistosa, metade mostrou completo desinteresse e a ignorou durante todo o tempo da observação, não se dispondo sequer a um simples cumprimento formal. Alguns, às vezes, tentavam ser mais atenciosos com os alunos, sem perceber que com os pacientes deixavam transparecer um comportamento pouco interessado na pessoa sob seus cuidados. Outros se esmeravam nas explicações didáticas sobre os casos, sem se dar conta de que falavam em língua de médico (hermética inclusive para os próprios alunos) sobre a doença e sobre o destino daquelas pessoas, na presença delas sem a elas se dirigir.

Alguns residentes portavam-se de forma mais arrogante que os médicos em relação à pesquisadora (uma intrusa avaliando sabe lá o quê). O estranho não é bem-vindo, mas se sua presença foi autorizada pelo chefe, é tolerado sem perguntas, sem interesse e com certo desprezo, veladamente ou não. Comportamento que os alunos reproduzem em menor intensidade, posto que, dependendo do grupo são mais propensos à aproximação e demonstram mais curiosidade pelas pessoas que os professores e os residentes.

4. Os alunos

Os grupos de alunos são bem diferentes entre si.

Não que tenha sido possível categorizá-los, nem era essa a nossa intenção, mas foi possível observar algumas diferenças superficiais devido ao agrupamento por afinidade, que cria segmentos em que predominam características semelhantes entre os indivíduos. Por exemplo, o grupo do Centro Esportivo era formado só por homens atletas. Alguns pareciam modelos ou galãs de novela. Certo ar de arrogância pairava entre os que talvez se considerassem “geneticamente” privilegiados³. O grupo dos “orientais”, denominação comum entre os alunos para descendentes de japoneses, chineses e coreanos era mais tímido, calado e disciplinado. Um grupo predominantemente de meninas juntou uma turma mais amistosa e mais interessante na diversidade de comportamento dos seus integrantes.

Na Cirurgia, os dois grupos presentes no período de nossa observação eram formados por alunos muito bem comportados, atentos e simpáticos. Um deles era formado por alunas críticas, reflexivas, sensíveis e que mostravam domínio dos conhecimentos. Depois de um tempo da presença da pesquisadora, essas meninas se

³ Mais adiante, observaremos que tal suposição se ampara na fala de professores.

aproximavam para dar alguma informação que julgavam importante para a pesquisa “*Professora, este aqui (professor) não é parâmetro, ele é muito bom*”, ou “*Quando a senhora está aqui é tão diferente do normal...*”. Algumas vezes, manifestavam contentamento com a minha presença dizendo “*Que bom que você veio, professora! Eles ficam mais bonzinhos com a gente quando você está olhando*”, ou “*Você vai para o nosso próximo estágio também? Seria tão bom...*”⁴.

Entrevistas com alunos e professores

1. Professores

Foram entrevistados 9 professores, 4 da Clínica Geral (2 mulheres e 2 homens) e 5 da Cirurgia (homens), com idades na faixa dos 40, 50 e mais de 60 anos conforme disposto no quadro 1.

Quadro 1: Professores segundo idade e disciplina

Idade/Disciplina	Faixa dos 40 anos	Faixa dos 50 anos	Faixa dos 60 anos
Clínica Geral	2	2	0
Cirurgia	1	2	3

Todos os professores de Cirurgia entrevistados eram docentes, sendo 3 deles professores titulares. Os 4 professores da Clínica Geral eram médicos assistentes.

No processo de escolha dos entrevistados, optamos por pessoas nas faixas de idade acima por crer serem pessoas com experiências didáticas diferentes devido às diferenças de idade, mas com suficiente tempo de prática tanto como médicos quanto como professores. E como dissemos antes, escolhemos pessoas com contato direto com alunos da graduação e prática clínica e didática com suposta ênfase mais técnica e tecnológica ou ênfase mais técnica e humanística da medicina.

⁴ Caderno de Campo, 28/01/08, 30/01/08.

Dos professores convidados, apenas 2 da Clínica Geral não responderam ao convite para participar desta pesquisa, enquanto que da Cirurgia, 11 convidados não responderam ao convite, razão pela qual não conseguimos entrevistar nenhuma médica da Cirurgia, que são poucas e não quiseram participar. Por esse motivo também, os cirurgiões entrevistados não foram apenas da disciplina de Cirurgia Geral, mas cirurgiões de outras especialidades que concordaram em participar, de modo que ao final entrevistamos 2 da Cirurgia Geral, 2 da Cirurgia do Aparelho Digestivo e 1 da Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Os professores que aceitaram o convite participaram de forma receptiva, cordial, e muitas vezes interessada na pesquisa. Alguns disponibilizaram tempo e vontade para responder às perguntas com calma e em profundidade. Assim, as entrevistas duraram de uma a quatro horas, a maioria aproximadamente duas horas. Os professores titulares limitaram o tempo de entrevista em uma hora, o que resultou entrevistas mais curtas e resumidas que não abrangeram a totalidade de questionamentos e reflexões produzidas junto aos demais entrevistados.

Como veremos melhor adiante, todos disseram gostar muito da atividade docente, mas com propósitos e atitudes diferentes quanto a ser professor.

Os 9 professores eram casados, tinham filhos e moravam com suas famílias. Todos referiram-se à família como um aspecto importante de suas vidas, ainda que talvez não tivessem muito tempo para a ela se dedicar, sem que tal fato se constituísse um problema.

À pergunta “Fale-me sobre você”, o que vinha pronto é como se viam como médicos. Contrastando com os professores, entre os alunos, apenas uma aluna se apresentou prontamente como aluna de medicina, sendo que os demais ou reclamaram da pergunta ou partiram para dados de história de vida e descrições sobre características

de personalidade, gostos e comportamentos. Entre os professores, a “identidade médica” apareceu profundamente marcada pela identidade, por assim dizer, pessoal uma vez que formam um tecido narrativo tão bem tramado que não dá para saber onde começa uma e termina a outra. As pessoas aqui se recobrem de duas condições: a pessoal privada, que possui valores, crenças de origem familiar, social, comunitária, e a profissional, que possui outros valores que se somam e se mesclam aos anteriores, pois o indivíduo sempre é um plural de sujeitos e mostra múltiplos aspectos na constituição e exercício da subjetividade: pessoal/privado e social/público. O modo de ser na vida e o modo de ser médico se expressam um pelo outro, conscientemente ou não. Exemplos:

A professora de clínica conta essa passagem e acrescenta que o modo de ser muda com o tempo da vida e assim muda também o jeito de trabalhar:

“Em grande parte, ainda sou aquela sonhadora que acha que todo mundo, no cerne, é bom, e que todo mundo tem que fazer o que é melhor, que todo mundo tem que ajudar, porque senão, não tem sentido a vida. No fundo, eu ainda sou assim. Mas agora, apesar de eu achar isso, eu sei que tem gente que “puxa tapete”. Então a vida é assim: é bom e ruim. A gente tem que aprender a viver. Então, a professora que eu me formei há tantos anos atrás está muito diferente da professora de agora. Antes eu carregava o aluno o tempo inteiro, e não perguntava sim ou não, e nem via se ele estava tendo força para aprender ou não. Hoje em dia, eu acho que tem que ter uma resposta dele, porque, se não, não adianta eu querer carregar.” (Professora 4 de Clínica).

E o professor de Cirurgia, lembra cenas de infância que, embora não associe explicitamente, deixa clara a ligação dessas marcas com a sua escolha de especialidade médica:

“Meus primeiros treze anos de vida foram em um ambiente extremamente atrapalhado: era o fim da Segunda Guerra Mundial, com uma série de problemas inerentes a isso. Cenas que eu testemunhei... afinal, experiências que eu vivi que são vistas, agora, como muito traumatizantes. Quando você tem dez anos de idade, você não tem muita consciência do que está acontecendo.(...) Quando se abriu uma perspectiva, eu quis investir mais na área de trauma, que era uma área abandonada naquela época. (...) Aí toda a minha vida profissional e acadêmica foi voltada para emergência e para trauma.” (Professor 3 de Cirurgia).

Observamos que entre os professores de Clínica Geral havia mais consonâncias que dissonâncias nos seus modos de ser médico e professor. As particularidades de história de vida e personalidades faziam sobretons e nuances que personalizavam a prática médica e de ensino de cada um sobre uma tela de fundo mais ou menos a mesma.

Na Cirurgia, ao contrário, observa-se que há diferenças maiores nas tonalidades que compõem a tela de fundo, mas deve-se considerar que os cirurgiões entrevistados não eram todos da mesma disciplina. O estereótipo do temperamento e comportamento cirúrgico ainda predomina nos discursos como construto cultural de maior valor institucional, mas entre os nossos entrevistados encontramos também pessoas diferentes desse modelo, que disseram gostar de temas humanísticos a ponto de estudá-los fora, em outras escolas. Diziam-se introspectivos, reflexivos, sensíveis, calmos, ponderados, estudiosos e críticos. E por isso preferiam ser discretos quanto a tais características pessoais, pois temiam ser desqualificados como médicos, uma vez que destoavam do que parece ser bom para a maioria dos cirurgiões da casa, como podemos ver neste trecho de entrevista:

“Por exemplo, teve uma época em que eu não colocava no meu currículo que tinha estudado grego ou latim. Porque talvez pudessem pensar assim: Por que esse cara foi perder tempo com isso? Devia estar lá dando ponto. Não é? Porque a visão é um pouco essa, perder tempo. Por que você perdeu tempo com isso? Quando na verdade, eu acho que é um grande engano!” (Professor 4 de Cirurgia).

Na experiência de outro cirurgião entrevistado, a situação mais ou menos se repete:

“O lado bom: você é capaz de falar com uma família problemática ou dar uma notícia ruim. Mas em compensação, isso faz com que as pessoas não me vejam às vezes como bom médico. (...) E eu me sinto um pouco humilhado às vezes, porque ao mesmo tempo em que veem em mim uma capacidade (que eu nem sei se eu tenho) de lidar com essas questões, não veem a minha capacidade técnica, e isso me desagrada..” (Professor 1 de Cirurgia).

Fugindo de todos os estereótipos, sobressaem médicos com identidades próprias, balizando-se mais ou menos com um ideal de médico (do imaginário coletivo, ou culturalmente construído) que não é o mesmo na Clínica e na Cirurgia, como veremos adiante. Fica claro que a pessoa do médico é determinante no modo de exercer a profissão, não havendo neutralidade, mas um forte assento da subjetividade na forma de atuar profissionalmente.

Na narrativa dos clínicos e de alguns dos cirurgiões, fica claro que uma das características pessoais que os levou à escolha da medicina como profissão foi o interesse pela alma humana, pela vida das pessoas, pela natureza humana. E mais uma vez contrariando outro estereótipo (de que o clínico pensa, mas não faz), na Clínica Geral, todos os clínicos se disseram pessoas pragmáticas, que resolvem problemas. A diferença entre eles e os cirurgiões estaria na forma de exercer a prática clínica e na

atitude, aqueles atuando com mais envolvimento interativo com o paciente e estes com pouca interação, de modo isolado, ou sozinhos, com menos preocupação em estabelecer parcerias com os pacientes.

No mais, são pessoas e sujeitos do nosso tempo: fazem muita coisa ao mesmo tempo, gostam de viajar, de ver filmes, de ler, estão sempre em movimento. Alguns gostam de escrever, não necessariamente sobre medicina.

Todos de alguma forma eram quadros do funcionalismo público como médicos ou na carreira de professor. Apenas um deles não tinha consultório particular, entretanto todos manifestaram autonomia em relação à organização do seu trabalho, seja como profissional liberal, seja como funcionário público, uma vez que se viam com ampla liberdade para organizar suas práticas nos serviços de saúde em que se inseriam.

Os aspectos financeiros da profissão apareceram na narrativa de todos. Vozes se juntaram em coro afinado, entoando que todos ganhariam pouco em dinheiro, mas muito em desenvolvimento intelectual. Alguns ganhariam também em satisfação com o trabalho que aqui realizam, ou assumem que ganham com o prestígio que leva pacientes aos seus consultórios.

Aproximando dois temas que brotam das narrativas (também dos alunos), no que se refere ao interesse humanista na profissão e aos aspectos financeiros, estes como veremos adiante, fortemente relacionados ao valor atribuído ao médico, mais que ao seu trabalho, percebe-se o esboço da face bruta de alguns dos preconceitos arraigados em solo institucional que dificultam as mudanças de cultura propostas pela humanização. O médico com humanismo na sua prática, assim como o médico que ganha pouco dinheiro e que trabalha para pobre, o médico do SUS, são considerados médicos de segunda categoria, incapazes, incompetentes, médicos que sabem pouca medicina, e são assim porque não conseguiram ser como “os grandes”.

Mas, preconceitos à parte, as expressões de satisfação com a profissão escolhida são muitas, e vão da contida referência a uma escolha acertada a mais pura paixão pela medicina, sua arte e ciência. Com direito a repentes poéticos:

“Eu tenho uma frase que é minha: em medicina, tudo o que você fizer, desde atender um doente, até tocar um plantão, até estacionar um carro no estacionamento do hospital, até fazer uma fofoca, criticar, tudo o que você fizer, tem que ser para a celebração do bem. (...) A medicina tem que ser só a celebração do bem.” (Professor 1 de Cirurgia).

Seria possível?

2. Alunos

Os alunos foram escolhidos de acordo com o ano da graduação que estavam cursando e sua pertença a alguma subcultura no universo em estudo. Coube ao segundo pesquisador, primeiramente, identificar bons informantes-chave dentro do que propusemos, ou seja, aproximar-nos o mais possível da diversidade de escolhas, agrupamentos, ou isolamentos entre os alunos nos vários mundos e submundos que coexistem neste universo acadêmico (ou as várias “panelas”). Outros alunos foram escolhidos por indicação dos próprios entrevistados, na forma chamada “bola de neve” em pesquisa qualitativa (Schraiber, 2008).

Cinco alunos foram entrevistados pela primeira pesquisadora e 14 pelo segundo pesquisador, totalizando 19 alunos, sendo 8 mulheres e 11 homens dos seguintes períodos da graduação: 2 alunos do primeiro ano, 2 do segundo, 3 do terceiro, 2 do quarto, 5 do quinto, 5 do sexto ano. Com exceção de uma aluna, que tinha 30 anos de idade, todos os demais estavam na faixa dos 20 aos 25 anos.

Doze alunos, predominantemente homens, moravam sozinhos ou com amigos, e 9 alunos, predominantemente mulheres, moravam com a família. Oito alunos namoravam. Uma aluna estava casada. Um aluno se referiu homossexual. Cinco deles já haviam feito pelo menos um ano de outra faculdade antes de entrar na Medicina, sendo que 2 eram formados em jornalismo e engenharia, respectivamente.

Cinco eram do interior, e 5 vinham de família de médicos. Duas alunas diziam vir de famílias com menor poder aquisitivo em relação ao que percebiam nos seus colegas.

Com exceção de um aluno do segundo ano, todos fizeram ou faziam uma ou mais Ligas.

Oito alunos mostravam-se inclinados a seguir alguma especialidade clínica, e 3 diziam pretender alguma área cirúrgica, os outros ainda não sabiam.

Como era nossa intenção, entrevistamos alunos de praticamente todas as agremiações e grupos da graduação e alunos que não participavam de nenhum desses grupos.

O pesquisador referiu facilidade de acesso aos alunos. Apenas uma aluna do sexto ano recusou a entrevista com o argumento de que as perguntas lhe pareciam muito “*atrevidas*”. No geral o trabalho foi tranquilo e as conversas amistosas. Os alunos do primeiro ao quarto ano falavam de forma mais espontânea e livre, gostando do que estavam fazendo. Os alunos do sexto ano mostraram-se um pouco mais receosos e contidos, mas mesmo assim deram bons depoimentos.

De um modo geral os alunos sentiram-se surpresos, incomodados ou desconcertados com as primeiras perguntas da entrevista referentes ao que pensavam sobre si mesmos e sua vida de relação com o mundo, com essa escola e suas escolhas. Também para alguns professores essa pergunta inicialmente desencadeou perplexidade,

enfado ou mesmo angústia, mas depois do estranhamento, surpreendentemente, desatavam a falar e produziam bons relatos.

Ao contrário dos professores (particularmente os mais velhos, titulares e da Cirurgia), os alunos não reverenciaram nenhum professor, embora se lembrassem de nomes considerados ilustres ou importantes na escola, e tivessem simpatia pelos professores das atividades em pequenos grupos nas propedêuticas. Em compensação, quatro deles referiram-se à mãe, e dois ao pai como ídolos para esses seus filhos, de acordo com o comportamento social dos tempos atuais, em que nos laços particulares na vida privada (Ferry, 2008) se assentam as referências mais fortes.

Não ter tempo para fazer outras coisas além de medicina é muitas vezes sentido com pesar, mais pelos alunos que pelos professores. Todos se queixavam da falta de tempo, mas acumulavam muitas atividades extracurriculares, ou do chamado currículo oculto. A exemplo dos professores, desde cedo o estudante mergulha em um mundo de muitos afazeres, muitas possibilidades e muita absorção na medicina.

Embora muitas vezes tratados como “meninos” e “meninas”, os alunos entrevistados não pareceram tão adolescentes. A estrutura de ensino parece ser um elemento essencial na infantilização dos alunos, que quando chamados a falar de si e seus pares mostraram-se pessoas que sabem muito bem onde estão e o que buscam nesse lugar, inclusive reconhecendo sua imaturidade emocional e dificuldade de reflexão e construção da interioridade, outra característica dos tempos atuais (Birman, 2001).

Avaliam a si mesmos e aos outros com base nos valores próprios (vindos da sua história pessoal) e buscam apoio em modelos institucionais a eles condizentes. Por exemplo, o aluno que quer ser um determinado tipo de médico rico e famoso busca os caminhos institucionais e os professores com esse perfil para apadrinhá-lo, como

podemos observar neste trecho em que o aluno explica por que se engajou tanto em uma agremiação:

“Sou um cara mais lógico, mais frio, mais objetivo. (...) Eu tenho consciência de que não é a melhor opção para meus estudos acadêmicos, para o curso em si. Sei que o ano vai ficar muito prejudicado, mas, ‘cara’, conversei com muita gente mais velha, muita gente que é formada, muito residente que foi diretor (da agremiação) e eles falam que não é um ano insubstituível, sabe? Você recupera com tranquilidade para chegar no sexto ano, sabe? E eu vejo que os grandes médicos que tem aí foram diretores (da agremiação). Os caras são unanimidades... Sabe? É indiscutível!” (Aluno 4 do segundo ano).

V. Análise interpretativa do material empírico

Tal como em outros estudos de caráter interdisciplinar, valemo-nos neste estudo de modalidades diversas de correntes analíticas e interpretativas que emanam da Antropologia, Sociologia, Filosofia, Psicanálise e da própria produção em Saúde, em particular os estudos sobre educação e prática em medicina. Por essa razão, apoiar-nos-emos em quadros diversos, mas usuais, na análise de material empírico tal como realizada nas pesquisas qualitativas. Nestas, vários modelos de apreensão do “real” e técnicas de análise baseadas em diferentes linhas de pensamento permitem o tratamento dos dados e dentre eles, nossa escolha recaiu sobre a produção do conhecimento em um processo hermenêutico (Schraiber, 2008; Ayres, 2005; Bernstein, 1985), aqui pensado como a busca de compreensão e a interpretação dos fenômenos (transformados em objetos de estudo sistematizados) por meio da comunicação humana (Gadamer, 1999).

Para Gadamer (1999), o ato de compreender corresponde ao modo de estar no mundo próprio à condição humana. Partimos do que sabemos, criamos um jeito particular de nos aproximar dos fatos e fenômenos de interesse e depois pensamos, dialogamos, fazemos julgamentos, elaboramos interpretações, construímos conceitos que sedimentam conhecimento renovado, mas temporário, até que o processo ocorra novamente. Esse processo é, segundo o autor, absolutamente próprio à experiência humana, inerente ao modo de “ser” humano, que se revela um ser em constante atitude de quem olha, pensa o mundo e o compreende. É dessa qualidade que se nutre, no cotidiano, a construção de saberes práticos e que são saberes de uma determinada época e sociedade. A apreensão dessa primeira elaboração nas falas dos entrevistados ou nos textos escritos ou mesmo nos registros primários dos cadernos de campo dá-se pela

interação do pesquisador com esse seu material empírico em sua produção, e, pois, nas relações com os sujeitos e os textos.

Todavia, para, ao triangulá-los, produzir uma compreensão de toda a realidade a que eles dizem respeito e da qual, e sobre a qual, falam, novas interpretações são necessárias.

Assim, e em acordo com Geertz (1978), a pretensão de elaborar explicações de base científica, supõe não só aceitar que sempre se trabalha com interpretações, como é necessário ultrapassar a interpretação primeira, em novas reflexões, progressivamente adensadas da perspectiva teórico-conceitual.

O processo como um todo teria dois momentos complementares (Ayres, 2005). A compreensão, como o exercício de entender a fala do outro, reciprocamente, nos vários significados possíveis pela tradição e linguagem compartilhadas, em um arranjo intersubjetivo que o autor, recorrendo a Gadamer, chama de “fusão de horizontes”. E a interpretação, aprofundamento da significação pela construção de sentido para a fala, na forma de conteúdo elaborado no exercício da razão sobre os fenômenos, envolvendo opiniões, conhecimento prévio do assunto, apreensão de novos elementos, reflexão que, enfim, leva ao encadeamento de um novo discurso sobre o assunto. Nesta, colocar-se-ia também a questão de elucidar o advento da compreensão partindo da parte em relação ao todo e do todo refletido na parte. Esse processo, a nosso ver, permite identificar para o todo a que se conectam os sujeitos em situações particulares, possíveis realidades socioculturais que, como tal, constituem generalizações sobre a cultura de uma dada sociedade e época, sem com isso estabelecer inferências universalizantes.

A compreensão e a interpretação vêm do campo de conjunção dos sujeitos que fazem parte do estudo, território no qual não há e nem deve haver neutralidade no sentido de apagamento dos personagens da cena, no palco de opiniões e juízos que

devem ser explicitados, qualificados, e processados. A face do objeto que se pretende conhecer sempre será aquela da visão do intérprete.

A verdade é produzida no decorrer da experiência dialógica, na relação entre o intérprete e o que ele procura entender, na forma de um juízo válido sobre um pedaço de realidade. O estatuto de verdade dado ao conhecimento se dá pelo alcance a um sentido pertinente, e será a verdade possível, restrita à circunstância e condição do estudo, e provisória (como qualquer verdade científica).

A autenticidade de um conhecimento assim produzido se confere pela racionalidade, aqui compreendida na perspectiva proposta por Habermas (1980) e discutida por Minayo (1994), que afirma suas propriedades na linguagem. Essa verdade, provisória e relativa, mas enquanto verdade, é a aceita por critérios de racionalidade definidos para as condições do estudo, por meio da linguagem, na ação relacional, no que chama de racionalidade comunicativa. É daí que vem a legitimação do conhecimento. Ou como dirá Khun (1978), validade conferida pela comunidade científica.

No plano da ciência, o que vai tornar esse processo particularmente aplicável ao estudo de um determinado objeto será a criação, a apresentação e validação pela comunidade científica das condições de delimitação metodológica eleitas pelo pesquisador – construção do objeto, quadros teóricos de interpretação pertinentes, desenhos de base empírica, técnicas de produção de dados, métodos de análise e interpretações produzidas, operando a comunidade científica seu julgamento quanto à verificação de autenticidade e validação de todo o processo. Termos que se aplicam ao estudo da subjetividade nos fenômenos sociais e culturais, pelo uso de instrumental teórico e técnico adequado à objetivação dos dados empíricos sobre os quais se dá a

compreensão dos valores culturais e representações dos grupos para temas específicos e a interpretação destes à luz da teoria que embasa o estudo.

Com base nessas considerações, partimos para a análise do material empírico desta pesquisa. Inicialmente, deparamo-nos com um considerável volume de dados brutos obtidos em quatro meses de observação participante e quase sessenta horas de entrevistas, que transcritas somaram aproximadamente oitocentas páginas de texto. Do ponto de vista qualitativo, pode-se verificar que essa quantidade fora suficiente para os fins do estudo, uma vez que pudemos constatar a “saturação” dos dados (Schraiber, 1997), ou a formação de um texto narrativo composto das muitas falas que permite a reconstituição do objeto no material como um todo. (Vale lembrar: apesar de cada indivíduo portar sua singularidade, imersos na mesma cultura, manifesta características comuns ao coletivo muito mais do que imagina, razão pela qual, com frequência, nesses estudos, depois de conversar com alguns dos sujeitos pesquisados observamos a repetição de valores e representações socialmente construídas, coloridas pelas histórias pessoais, mas que rapidamente saturam os achados empíricos.)

O material foi examinado sob os seguintes princípios orientadores:

- os relatos podem ser entendidos neles mesmos dentro do código linguístico compartilhado pelo entrevistado e entrevistador;
- os relatos partem de concepções e opiniões prévias do entrevistado e entrevistador;
- são experiências individuais, mas que guardam características coletivas;
- a narrativa é, em si mesma, uma produção de sentido sobre o qual opera a análise hermenêutica;
- a interpretação se dá sobre o material assim compreendido, acrescido de elementos de fora, vindos do referencial teórico.

Das primeiras leituras flutuantes à exaustão de contato com todo o material, fomos, primeiramente, impregnando-nos das cenas (vistas) e narrativas que traziam representações e mais cenas (contadas) de cada entrevista em particular e, aos poucos justapondo umas às outras para organizar o material numa perspectiva temática (considerando a regra hermenêutica de compreender o todo a partir das partes e a parte em relação ao todo), tendo o tema como uma unidade de significação que se desprende de um texto aos olhos do intérprete, assumidamente um sujeito presente, histórico, social e desejante, como descrito acima. Os fragmentos foram então retirados por referência aos núcleos temáticos, a esse tempo já ressignificados pelos elementos advindos dessa “interação” com as cenas e narrativas.

Dessa abordagem do material, realizamos o trabalho de classificação dos dados em categorias empíricas, enquanto emergentes dos dados, e em categorias analíticas, portanto mais gerais, por referência aos três núcleos temáticos definidos no estudo:

Núcleo temático do *eu*

Categoria Analítica	Categoria Empírica
1. O Eu-Médico	A superioridade médica
	O médico idealizado e o vivido
	O professor de medicina
	O estudante de medicina
2. O Outro	Como semelhante: a fraternidade vestida de branco
	Como diferente: do não tão igual ao completo desigual
	Como coisa: um não sujeito

Núcleo temático da tecnologia

Categoria Analítica	Categoria Empírica
1. O Modelo Biomédico	Características do ato médico em seu desenvolvimento cotidiano
	Insuficiências: limites explicativos e práticos
2. O Trabalho Médico	Recursos tecnológicos efetivamente disponíveis e operados
	Organização da produção assistencial e do trabalho dos profissionais

3. A Conversa na Relação Médico Paciente	Como recurso técnico para a boa prática médica no cotidiano assistencial
	Como dever moral ou conduta que convém ao médico

Núcleo temático da interatividade

Categoria Analítica	Categoria Empírica
1. Tipos de Relação Pedagógica	Baseada na onipotência do professor
	Baseada no vínculo e na relação dialógica
	Baseada na desqualificação do aluno
2. Práticas Comunicacionais	Linguagem que aproxima as pessoas
	Linguagem que afasta ou exclui as pessoas
3. Violência	Devido à assimetria das relações
	Devido a preconceitos
	Devido a comportamentos coniventes

O núcleo temático do *eu*

O *eu* e o *outro* nos espelhos do castelo acadêmico.

Categoria Analítica	Categoria Empírica
O Eu-Médico	A superioridade médica
	O médico idealizado e o vivido
	O professor de medicina
	O estudante de medicina
O Outro	Como semelhante: a fraternidade vestida de branco
	Como diferente: do não tão igual ao completo desigual
	Como coisa: um não sujeito

1. O eu-médico

As muitas faces da identidade médica.

Ainda que este tema seja, para nós, muito instigante, para os fins deste estudo, limitamo-nos a apenas algumas considerações centrais para a análise dos dados.

O *eu*, na psicanálise, é instância psíquica que representa a unidade somato-psíquica (Freud, 1914, 1923). Nas palavras de Costa “*Ego ou Eu significa o conjunto de expressões físicas e mentais, conscientes ou inconscientes, que se articulam de forma a constituir nosso sentimento de identidade*” (Costa, 2004, p.72). O *eu* se constitui, na tenra infância, nas relações intersubjetivas primeiras por meio de complexos e vários mecanismos que fogem ao escopo deste trabalho, mas cujo resultado será a produção da identidade e de modelos relacionais com o *outro* (Freud, 1923). A subjetividade assim pensada como espaço íntimo do indivíduo, seu mundo interno, origina-se dentro de um universo simbólico compartilhado desde sua constituição na presença do *outro*. Espaço habitado pelo *eu* e seus objetos internos (rastros do *outro*, ou dos *outros*), em constante processo de resignificação nas suas histórias de relação durante toda a vida.

Ressalte-se que aqui não faremos a análise exatamente como a Psicanálise o faria, mas o apelo a este quadro diz respeito às importantes construções relacionais já existentes quando o aluno de medicina inicia sua trajetória na faculdade. Essa bagagem anterior é partilhada, mais ou menos, por subgrupos de mesmo universo cultural ou subculturas. Assim quanto mais cada aluno passa a conviver com a diversidade cultural, mais ele atualiza essas construções interativas; quanto menos, mais reforça as de sua tradição.

Nesse sentido e em uma perspectiva mais sociológica, o *eu* carrega a propriedade da identidade (conjunto de signos, referências culturais, marcas históricas e caracteres físicos, sociais e psíquicos que definem cada ser humano) e consciência reflexiva sobre a mesma. Giddens (2002) afirma que, na contemporaneidade, a identidade do *eu*, ou a autoidentidade resulta não só da pluralidade de traços do indivíduo, mas da ação consciente de sustentação de uma narrativa sobre si mesmo em atividades reflexivas.

Ainda por outra linha de pensamento, Levinás (2009) vem nos dizer que a personalidade (particularidade característica do *eu*) não esgota o processo de individuação (identidade do *eu*) como matriz de sua subjetividade. A individuação é trabalho que dura a história de uma vida e se dá de forma reflexiva sobre a realidade objetiva da qual faz parte, o *eu* se conhece/reconhece a partir dessa realidade construída por meio de relações.

Nos cenários descritos e nas narrativas de professores e alunos, encontramos muitos elementos que podem ser pensados à luz dessas referências. Imagens, percepções de si mesmo, expressões do modo de ser, histórias da vida, e muitas interpretações vindas da interação com nossos sujeitos da pesquisa que permitiram certa compreensão de como se desenha o eu-médico no imaginário coletivo dos médicos da Clínica Geral e da Cirurgia, e dos estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano.

1.1. A superioridade médica

Na Clínica Geral, o médico (e potencialmente o aluno de medicina dessa escola) é pensado como um ser superior. Nesse cenário, salta aos olhos a ideia da superioridade daqueles que são ou querem ser médicos. A força e a resistência, assim como a maior capacidade intelectual do aluno e do médico, são constantemente trazidas nas narrativas presenciadas. Em uma visita na enfermaria, quando os alunos começaram a falar da preocupação com o exame de residência, o professor procurou tranquilizá-los dizendo que eles não tinham com o que se afligir porque “*o pessoal de fora é muito ruim!*”⁵. Continuou dizendo que eles eram os melhores, não por que a Faculdade os faz assim, mas por que quem entra nessa escola já foi selecionado pelo vestibular. “*Para entrar*

⁵ Caderno de Campo, 20/09/07 - enfermaria.

*aqui é preciso ser melhor que os outros”, “Para mim, é uma questão de genética. Vocês têm genética para entrar aqui.”*⁶.

Quando esse mesmo grupo de alunos, no ambulatório, começou uma conversa semelhante com a professora vinda de outra escola, esbarraram numa opinião bem diferente: *“Na escola onde eu estudei se o aluno não tivesse seriedade, nem entrava... Eu sou um pouco chata, mas acho que aqui também devia ser assim. O aluno termina o internato e nem história clínica decente sabe fazer”*⁷. Os alunos responderam que, ainda assim, esta Faculdade é bem melhor que as outras, e lamentam que tenha gente que não a leve tão a sério, e que seria bom se os maus alunos fossem reprovados, por que a maioria é feita dos bons.

Mas nem tudo está dado pela “genética”, já que a legitimação da maior autoridade e, então, de uma “superioridade” na competição intelectual, é uma árdua conquista que se vai engendrando ao longo da formação, durante a aquisição de competências médicas nas relações intersubjetivas. O aluno aprende numa estrutura de lugares hierárquicos na qual, hoje, ele ocupa um lugar inferior, com a promessa de que amanhã passará para um melhor. O lugar superior é o do professor, rico na moeda de valor máximo do narcisismo médico: o saber, que identificamos ser aquele mais restrito aos conhecimentos de natureza biomédica e, sobretudo, diz respeito às tecnologias derivadas.

Na Cirurgia Geral, a superioridade assenta-se no superior hierárquico. Nesse outro cenário, salta aos olhos a crença na superioridade dos professores do nível mais alto da escala hierárquica institucional. Diferentemente da Clínica Geral, em que todo médico pode ser um ser superior, aqui não basta ser médico, tem de ser do alto escalão formal da instituição. Em primeiro lugar os que estão no topo, os professores titulares,

⁶ *Idem.*

⁷ Caderno de Campo, 20/9/07 - ambulatório.

depois os assistentes, depois os residentes e os internos. O valor das pessoas tem a medida do lugar que elas ocupam na hierarquia e esta é formal, bem definida e bastante fixa, própria à instituição do tipo corporativo.

Nesse topo hierárquico existem professores simpáticos, cordiais, divertidos, que convivem com professores arrogantes, vaidosos e mal-educados. Características que se reproduzem em todos os estratos hierárquicos, menos evidentes entre os internos. Observa-se 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. O CRM (número de registro profissional no Conselho Regional de Medicina) que recebem, marca mais que uma passagem da condição técnica de estudante para a de médico, uma mudança de comportamento e de valores.

Médicos que trabalham em outros serviços, particularmente na rede pública, até que se prove o contrário, são tidos como inferiores e incompetentes. Os exemplos de erros médicos são tirados dos casos que chegam dos “hospitais de periferia” (termo usado para se referir a tudo de ruim que existe por aí no sistema de atenção à saúde brasileiro). A boa medicina seria praticada nos grandes hospitais privados. Sem entrar no mérito da questão sobre as condições dos hospitais públicos e privados, o que está em jogo é o valor: os médicos superiores trabalhariam na rede privada, os inferiores na rede pública. O bom seria bem pago e privado, o mau, público e mal remunerado. O hospital-escola fugiria a essa regra porque é a escola dos bons professores, a elite da medicina. Os alunos que quiserem subir nessa escala terão um longo caminho a percorrer.

Sobre o sentimento (e mesmo o discurso assumido) de superioridade dos médicos, professores e alunos desta escola em relação aos que estão extramuros, as opiniões de clínicos e cirurgiões divergem. Para os clínicos esse sentimento esteve

presente em suas vidas quando alunos, mas depois de formados, a experiência em outros serviços mostrou-lhes pessoas tão boas ou até melhores que muitas formadas aqui.

Professora 3 de Clínica: *“É muito mais fácil ser um bom médico aqui do que em outras escolas porque aqui você tem um material muito grande, mas lá onde eu trabalho, tem excelentes médicos, que eu confio muito e acho às vezes que têm mais bom senso para algumas coisas do que certos cientistas daqui.”*

Professora 4 de Clínica: *“Eu acho que aqui é uma escola tão difícil de entrar que, quando a gente entra, a gente fica um pouco deslumbrado. Não vou dizer que eu não pensei assim, por que eu achava que a gente era melhor. Aí, depois, eu comecei a trabalhar no Hospital H, comecei a ver um monte de gente de lá que começava tão cru e saía tão bom...! E eu percebi que a coisa não era tão estanke assim. Não era só preto e branco, existia o cinza”.*

A explicação compartilhada entre os clínicos para tal sentimento se expressa bem na fala de um deles:

Professor 1 de Clínica: *“ É muito complicado. O politicamente correto seria falar não há diferenças, mas há diferenças. As pessoas mais ricas estão aqui. As pessoas cujas famílias dominam a sociedade estão aqui. As pessoas que tiveram condições de estudar em colégios mais nobres estão aqui; principalmente as que melhor sabem fazer prova estão aqui. Então é uma elite econômica, cultural e social. Isso é de antes da pessoa entrar aqui. Quer dizer, não é porque está aqui que é melhor. Não foi a Faculdade que fez a pessoa melhor; foi a pessoa melhor que fez a Faculdade. E isso as pessoas não entendem. A elite está aqui porque já era elite e vão perpetuar sendo elite estando aqui. É um reforço, não sei se positivo ou negativo”.*

Entre professores de cirurgia acredita-se que a superioridade se deve a características das pessoas e da Instituição. Para uns, a superioridade se deve particularmente aos professores da casa:

Professor 4 de Cirurgia: *“Então, se você me perguntar assim: de modo geral, nós representamos o melhor corpo docente da média das outras escolas? A resposta é seguramente sim. Mas nós não estamos isentos de uma série de defeitos e problemas que, talvez, merecessem mais discussão. E se nós não começarmos a investir agora na cabeça dos nossos alunos, daqui a vinte anos, quando eles forem professores, eles vão ter os mesmos defeitos dos atuais. Precisa investir”.*

Para outros, as pessoas mais inteligentes (não necessariamente as mais adequadas à profissão) junto com o respeito à hierarquia:

Professor 5 de Cirurgia: *“Nós somos bons porque nós temos as condições para ser bons: selecionamos os melhores cérebros, ainda que não as melhores vocações, e, por outro lado, ainda temos respeito à hierarquia. A hierarquia tem os seus prós, tem os seus contras, mas sem hierarquia e sem uma disciplina pró-ativa, não tem progresso”.*

Ou ainda, essa crença seria adquirida ou estimulada na Faculdade.

Para o professor 1 de Cirurgia: *“Eu vejo gente que eu ensinei a dar ponto aqui na técnica e depois que começa a fazer transplante nos grupos de transplante (e andar de gravata) finge que não me conhece. Talvez porque o meu olho está diagnosticando o que aconteceu com ele. Tudo bem, um dia eu também fui presunçoso, achei que já sabia tudo (isso acontece muito no R2, no R4, no dia seguinte que você defende o doutorado ou qualifica, a gente acha que é o ‘rei da cocada preta’, mas não é). Talvez a Faculdade devesse ensinar um pouco mais de humildade para a gente”.*

Entre os alunos, o sentimento de superioridade é um aspecto apontado por todos na caracterização dos alunos por eles mesmos. Todos concordam que o sentimento é forte, começaria na semana de recepção no primeiro ano, e seguiria permeando os comportamentos e relações na Faculdade. Para os alunos mais críticos seria excessivo e fundamentado no elitismo e ignorância dos alunos sobre a vida extramuros, opinião que foi ao encontro de alguns dos professores entrevistados.

O aluno do quinto ano conta sua experiência:

“Acho ridículo esse esquema de ficar Ah, eu faço medicina aqui. Ah, como eu sou 'foda'! Eu acho muito besta. Eu não acho que a Faculdade que você faz diz quem é você ou o que você faz. O que você faz, você prova com as suas ações. Você faz medicina aqui, mas como você faz? Você não faz nada, você só reprova? Você é um péssimo aluno, um péssimo médico? Eu sou classe média alta – dá na mesma, cara. O sentimento de superioridade começa antes e ao entrar na Faculdade, na própria semana de recepção. Acho que as pessoas falam isso... Tem o viés de seleção. Você é selecionado por um vestibular muito concorrido. Quando você está no cursinho, a turma de biológicas já é considerada a turma mais forte. E aí você entra. Quando você entra tem a semana de recepção. Começa com a apresentação do curso. Aí vai lá o Diretor da Faculdade falar: Parabéns, vocês entraram na melhor Faculdade... Aí vai o Presidente da Comissão de Graduação falar que a Faculdade só é grande porque tem grandes alunos. (...) Na semana da recepção, você passa uma semana preso no Centro Esportivo 'enchendo a cara', aí você fala: Mano, que animal! Essa Faculdade é uma balada!! Eu nunca tinha bebido assim, cara. (...) Os veteranos chegam e falam: Ah, vamos treinar. Ah, porque a gente tem que ganhar dos índios porque eles são uns bostas, e não sei o que e tal... E isso vai sendo reforçado. (...) A oportunidade que você teria para ver que o mundo não é só isso aqui e que nós não somos o centro do

universo, seria, por exemplo, juntar com a calourada das outras Faculdades, que a gente não participa, a gente boicota; a gente tarjeta que aquilo é chato. (...) Aí você sai, chega a tua mãe e fala: Ah, o meu filho entrou na medicina. Aí a tiazinha que corta o cabelo junto com a sua mãe fala assim: Ah, meus parabéns! É muito difícil entrar lá. Os caras são muitos bons. E durante a Faculdade toda é isso que você ouve dos assistentes, dos residentes, dos veteranos, dos docentes” (Aluno 10 do quinto ano).

Para outros alunos, a superioridade seria uma conquista que exige esforço constante para sua manutenção e não algo que é dado de pronto para quem entra na Faculdade:

“Eu acho que o pior que tem na Faculdade é a arrogância dos alunos; assim, de vestir uma máscara de: Nós somos os melhores! ‘Tá’, tudo bem, legal, a gente é muito bom, é verdade, mas vai com calma, entendeu? Pode ser que amanhã a gente não seja mais e você vai quebrar a cara! Não é bom viver só esse sentimento de nós somos os melhores, mas ter a força para se manter assim, de fazer jus ao título que não foi você que conquistou porque você entrou aqui agora” (Aluna 6 do terceiro ano).

1. 2. O eu-médico idealizado e o vivido

Na observação na Clínica Geral, era recorrente nas falas dos professores representações do médico de verdade, ou o médico ideal, que seria um sujeito experiente, inteligente, que acerta todas, que resolve tudo, que salva, que cura, que ganha a luta contra os males. Um lutador e um herói, ou quase. As histórias que povoam esse imaginário coletivo são as das batalhas ganhas, como vemos no trecho a seguir, em que uma professora conta um desses casos que mostram que ser médico não é só ter essa profissão, mas um estado permanente do ser, narrando uma cena que recupera a ideia do médico herói que sabe aplicar a técnica certa na hora certa: *“Eu estava nadando*

*na piscina do clube, com meu maiozinho lilás, tranquila, relaxando e me esforçando para dar aquelas braçadas, quando o time de polo chegou e começou a treinar na piscina ao lado. De repente um deles começou a urrar de dor. Eu corri para ver o que estava acontecendo e cheguei dizendo pra todo mundo sair dali por que eu era médica e queria ver o que estava acontecendo. Todo mundo saiu e eu vi que era uma luxação de ombro. Pensei, meu Deus me ajude a lembrar da manobra! Botei o pé, peguei o braço dele e puxei! Deu certo, graças a Deus! Olha como a gente é médico o tempo todo!”*⁸.

O médico de verdade seria o clínico, aquele que de fato sabe medicina. Entretanto “*são os doutores especialistas que têm carros caros*”, dizem⁹. Os especialistas brilham nas reuniões clínicas. Sua fala traduz conhecimentos refinados que afirmam essa escola como um centro de pesquisa que trabalha conhecimentos e tecnologias de ponta na saúde, elevando a autoestima institucional e reforçando o sentimento geral de serem os bons, estarem no melhor lugar para aprender e fazer medicina, sentimento vaidoso que percorre a escola, não sem fundamento, ainda que, às vezes, com absolutização (ausência da percepção de seus limites e de seu relativismo diante do conjunto das exigências da prática médica e sua formação).

E exageros à parte, os especialistas são tidos como aqueles que não sabem ser médicos de verdade. Nem olhar o paciente, eles olhariam, “*Cadê o médico dentro do especialista?*”, pergunta-se na discussão dos casos na enfermaria¹⁰, ou no ambulatório¹¹, “*Que sabem os especialistas? Médico mesmo é o clínico, entendeu, aluna?*”

⁸ Caderno de Campo, 12/4/07 - enfermaria.

⁹ *Idem.*

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Caderno de Campo 23/10/07 – ambulatório.

Nesse contexto, o valor do médico não é reconhecido na sua aparência física e estética, ou nos bens de consumo que pode comprar com o dinheiro que ganha do seu trabalho (pouco valorizado socialmente em relação ao especialista), mas na demonstração do seu saber.

Os aspectos estéticos do corpo estão presentes, mas são secundários. Roupa, cabelo e corpo não se destacam tanto quanto conhecer bem e saber praticar a medicina. A moda aqui é avental com as mangas arregaçadas e estetoscópio no pescoço, a imagem do médico que trabalha, um sujeito em ação. A aparência mais envelhecida dos alunos no Internato revela que, nessa profissão, a natureza perecível de cada um, deve ser todo dia superada pela força da vontade de ser médico. O professor, mesmo doente vem trabalhar, a aluna, mesmo doente vem para a escola. O trabalho e a dedicação estariam acima do autocuidado.

Os médicos que cedem a apelos mundanos e vendem a medicina num balcão de negócios são tidos como maus médicos. Por exemplo: no ambulatório, em um dos bate-papos informais de fim de tarde, quando o assunto chegou à medicina estética e à cirurgia plástica, o circo pegou fogo. A professora dizia: *“Os plásticos estão ajudando a sociedade a tirar da mulher o direito de envelhecer com dignidade!”*, *“As pessoas acreditam em ilusões e eles só querem saber do dinheiro! Como médicos eles deveriam conversar com os pacientes antes de operar, mas eles sabem que a metade desistiria porque o problema não está no corpo, mas na autoestima, na cabeça!”*. *“Alguém aqui vai fazer plástica?”* Uma aluna, timidamente se manifestou *“Eu vou, mas eu prometo que vou conversar direito com os pacientes...”*¹².

O que chama a atenção nessas falas é que tanto nas imagens que constroem a figura do bom médico, quanto do mau, ele é sempre uma pessoa que incide sobre uma

¹² Caderno de Campo, 23/10/07 - ambulatório.

realidade, que interfere, que muda destinos. Jamais um sujeito que auxilia, alivia ou consola (e que mais compõe uma cena do que a monopoliza), e que dirá aquele que observa (situação em que o acompanhar seria a intervenção). Assim, considerando-se o cuidar como o agir compartilhado e interativo com o outro, posto ser situação em que o outro possui um saber próprio a ser valorizado (Ayres, 2000 e 2004), pensar o médico como alguém que cuida parece ser muito sem graça...

Contrariando esse fato observado, nas entrevistas, professores afirmaram que a condição de cuidador (como a disposição interna do médico para criar vínculo na relação médico-paciente) é a experiência vivida de ser médico. Na fala dos professores de clínica entrevistados, o bom médico é aquele que tem sólida formação biomédica e humanista, e cuida do paciente, como podemos ler nos dois relatos abaixo, ainda que, no primeiro relato transpareça uma contradição importante, quando o professor revela considerar adequada a cisão no desenvolvimento dessas competências na formação:

Professor 1 de Clínica: *“O que é o bom médico? A condição necessária inicial é conhecimento. É necessária, mas não suficiente. (...) O conhecimento é a condição básica inicial, e para isso a demanda de tempo de estudo, rotinas de estudo. Quando você tiver isso equacionado e só depois disso, ou junto com isso, você vai poder crescer nesta área humana. Eu falo para os meus alunos: Não adianta você ser um bom técnico, se você não entender nada do mundo à sua volta; você não vai conseguir conversar com o seu doente. (...) 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”.*

Professor 2 de Clínica: *“O bom médico é um cara... É uma frase que está na introdução da décima quarta edição do Harrison’s Internal Medicine preconizado por todas as escolas médicas do ocidente, lê-se à página uma recomendação escrita desde*

a primeira edição: ‘...Pacto, simpatia e compreensão, são qualidades esperadas do médico, desde que o paciente não é uma mera coleção de sintomas, sinais, funções desarranjadas e emoções perturbadas. O paciente é um ser humano com medos e esperanças; procurando alívio, ajuda e tranquilização. Para o médico, assim como para o antropólogo, nada no homem é estranho ou repulsivo. O misantropo pode se tornar um astuto diagnosticador das doenças orgânicas, mas dificilmente poderá ter sucesso como médico. O verdadeiro médico tem um sopro shakespeariano de interesses pelas inteligências instruídas e pelos restos ignorantes; pelos orgulhosos e os humildes, pelos heróis históricos e pelos patifes lamurientos. O médico cuida de gente.’ Não é bonito? Sempre que leio, eu dou uma travada. Isso é o médico.”

Na observação da Cirurgia Geral, diferentemente da Clínica Geral, o médico idealizado está bem próximo do vivido por grande parte dos cirurgiões dessa escola. É o médico bem-sucedido nos moldes do que, no seu meio, consideram sucesso: tem consultório particular, clientela importante (socioeconomicamente), trabalha em grandes hospitais privados, ganha muito dinheiro e destaque na sociedade.

A determinação heroica aparece mais suavizada pela razão:

Professor 5 de cirurgia: *“Na minha opinião, o médico deve se envolver, não a ponto de se destruir, porque isso causa traumas profundos, mas jamais desistir de um paciente. Acho que o progresso da medicina está embasado no inconformismo. Então, nada é imutável, nada é definitivo, nada é categórico. Eu encaro a situação do médico nesse sentido. O médico deve ser um lutador, desbravador até o último minuto, até que o juiz apite o final do jogo”.*

Já na aparência se percebe essa diferença. São elegantes, bem vestidos, sóbrios. Os mais velhos usam terno e gravata. Muitos dos residentes usam branco. Só um ou

outro destoa desse padrão, mesmo assim mangas arregaçadas e estetoscópio no pescoço, tal qual se via na Clínica, nem pensar!

Na fala de um professor aos alunos, aparece esse ideal de médico:

*“Temos motivações pessoais, claro... Somos humanos! Temos desejo de operar gente famosa, queremos ganhar dinheiro, comprar carro, casa, casar...”*¹³ Nesse aspecto, se colocam mais como humanos que como heróis. Embora no imaginário popular o cirurgião seria o herói que no meio do perigo viria para salvar, não percebemos essa imagem entre os cirurgiões... Ainda que resolvam muita coisa, mesmo. Um dos professores diz que a frase que mais sentido faz para ele na sua profissão é *“Something has to be done”*¹⁴. Fazer é o verbo mais recorrente nessa estrutura pensante. Ou então, a frase de outro professor *“Como tudo na vida, a questão é sempre risco, custo, benefício. O que vamos fazer então?”*¹⁵. A imagem típica de profissão pragmática, cunhada pela sociologia dos anos 1970 (Schraiber, 1993), cabe muito bem aqui.

Presente na observação e narrativa dos professores de Cirurgia, o médico que faz diferença é um sujeito experiente, que sabe o que fazer e, antes de tudo, faz alguma coisa!

Embora não presente na observação, no relato de professores de Cirurgia, o bom médico também é tido como alguém que cuida, mas com uma atuação mais intervencionista.

Professor 4 de Cirurgia: *“Daqui a cinquenta anos, daqui a cem anos, vai ser diferente, mas enquanto existir o ser humano, enquanto, talvez, existirem duas pessoas, se uma puder ajudar a outra, vai haver um espírito de médico. Na minha visão, a medicina é essa vontade de ajudar o próximo. (...)A figura do cirurgião me interessava,*

¹³ Caderno de Campo, 28/01/08.

¹⁴ Caderno de Campo, 28/01/08. Tradução: algo deve ser feito.

¹⁵ Caderno de Campo, 29/01/08.

talvez, por outro perfil da minha natureza, da possibilidade de trabalhar em lugares muito distantes. Eu pensei em, às vezes, estar disponível para ir a lugares onde talvez não tivesse muitos recursos. Dar conta de doenças que você precisa pôr a mão. Quer dizer, desenvolver essa habilidade manual para doenças... para o conhecimento... traumas, fraturas, coisas assim. Doenças que, geralmente, têm o caráter mais agudo e resolução mais aguda também. Onde os resultados são mais imediatos e a gente tem essa visão do que a gente faz, da intervenção, e dos resultados imediatos”.

Professor 2 de Cirurgia: *“Bom, eu acho que ser médico não é só uma questão de preparação, é também uma questão de disposição interna para o entendimento da pessoa. Ser médico é uma arte, não no sentido científico, é uma arte de relacionamento, é uma arte de comunicação, é uma arte de entendimento, de compreensão, é uma arte de conhecimento científico. E isso é uma coisa importante, é uma relação especial”.*

Para outros, poderia ser alguém com qualidades menos combativas e mais humildes.

Professor 1 de Cirurgia: *“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 eu não vou fazer porque eu morro de medo de fazer alguma bobagem com o doente. E eu respondo que vinte e seis anos depois de formado eu 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”.*

Na visão desses professores, ser médico é atender pacientes no sentido mais amplo da relação médico-paciente, cerne da atuação profissional:

Professora 4 de Clínica: *“Então, uma das minhas grandes paixões é atender doente: eu tenho extremo prazer de atender. Me dou muito bem com eles, gosto, e me dá prazer. Apesar de cansar, dá prazer. Então, ser médica, para mim, é atender pacientes. Não consigo entender um médico que não atenda pacientes – então ele não é médico, ele é pesquisador; ele é alguma outra coisa, mas não é médico. Médico é quem assiste, quem atende. Médico é quem cuida. Se você vai cuidar, você tem que olhar no olho do paciente e entender o que ele está sentindo e o que ele está passando, para você tentar ajudar com as armas que você tem. Hipócrates falava que você tinha que sentir a alma do doente. E tem quem diz que, durante 90 a 99 % da anamnese, você sente a alma do doente e nos outros 10% ou 1% você examina”.*

Inclusive, às vezes, extrapolando os limites sempre tão tênues da profissão...

Professor 1 de Clínica: *“Eu já parei para pensar muitas vezes nisso; a maior parte do tempo das minhas consultas médicas não são técnicas, não são diagnósticos, tratamentos e explicação da doença, mas são aconselhamentos para a vida das pessoas. Isso envolve desde hábitos de andar, de comer, de não se estressar, até de resoluções de vida, tipo: pense em sair desta empresa. Pense em se separar da mulher. Coisas que absolutamente não tem a ver com doenças, mas entra mais ou menos como um sacerdócio, um aconselhamento”.*

Professora 3 de Clínica: *“Eu cheguei a dar banho em doentes, eu não tinha prurido nenhum de aspirar um doente, eu não tinha prurido nenhum de dar uma comadre. Não era minha função dar banho no doente e eu dei, por que entendia que a minha função era proporcionar o melhor possível para aquele doente e se naquela hora não tivesse outra pessoa... Eu lembro tão bem! Era uma doente com Steven Johnson e não tinha nem onde pegar, ela descamava inteira, e a enfermeira tinha aflição de pegar; e eu e outra colega limpamos cocô, porque ela também não tinha essa,*

entendeu? Tem que fazer pelo doente? Nós vamos fazer, se isto é fazer uma prescrição superchique ou é trocar, ajudar a limpar o doente, nós vamos fazer os dois, entendeu?”.

Para uns, o consultório particular seria o melhor lugar para o exercício da medicina, por que o contexto relacional não só seria prazeroso, como também um recurso mnêmico para facilitar o trabalho do médico no acompanhamento do paciente ao longo do tempo.

Professor 2 de Clínica: *“Para mim, ser médico é quando você está dentro das quatro paredes do seu consultório e com um doente sentado na sua frente com problema. Eu acho que é nessa hora que você é médico, o médico é nessa relação. (...) Eu gosto do meu consultório. Primeiro, para desvendar os problemas; segundo, porque é gostoso. Eu acho importante anotar o nome da netinha que nasceu. Tem gente que acha é malandragem, sem-vergonhice. Sabe uma coisa que eu acho interessante? Quando você anota essa parte, quando o cara volta em você um ano, um ano e meio depois, você se lembra da pessoa mais pela história. É aquele cara. Pô, esse cara é engraçado. Esse cara me contou aquela piada... Você se lembra da pessoa quando você vê a vida dela... Essa coisa de só: Dói aqui? Dói ali? Vai para cá, vai para lá. Isso daí você não se lembra de quem é. Quando você estabelece um contato com a pessoa, é gostoso, fica mais gostosa a consulta, a pessoa confia em você”.*

Um deles, em uma visão nostálgica relativamente à prática médica autônoma do início do século XX, ainda acredita que o exercício como profissional liberal no seu consultório é o da verdadeira medicina, localizando a autenticidade da profissão em um aspecto de mercado.

Professor 1 de Clínica: *“Eu acho que a Medicina com M maiúsculo não é a medicina que você é empregado de algum lugar, que você bate ponto e que você*

cumpre o seu horário porque tem décimo-terceiro e férias. Eu estou falando a medicina no sentido amplo da palavra, eu vejo como o ideal para todos fazerem, só que não é uma realidade. Não é. Médico hoje em dia não é mais profissional liberal. Médico hoje em dia é um técnico assalariado”.

Para as médicas entrevistadas, não importaria o lugar onde atendem, por que são elas que fazem o lugar, e a autenticidade da profissão estaria nas mãos e consciência de quem a pratica.

Professora 4 de Clínica: *“Eu digo que eu sou uma pessoa livre em termos profissionais, porque eu faço aquilo que eu acho certo, o que eu acho que devo fazer. E não existe ninguém que fale: Não, agora você vai ser obrigada a fazer “a” e não “b”, independente do que você pense. Porque ninguém vai me mandar embora. Então, a qualidade da minha profissão depende da minha consciência, que é a pessoa que mais me cobra na vida. Portanto, eu digo que eu sou uma pessoa livre em termos profissionais, porque eu só faço aquilo que de fato eu acredito: certo, errado; bem ou malfeito; com paixão ou sem paixão, é aquilo que eu acredito, e que é necessário naquele momento, que seria o melhor para aquele momento. Então, eu me considero um profissional livre, apesar de ser uma empregada nos dois empregos”.*

Entre os cirurgiões, ser médico é uma experiência de confronto com a morte.

Professor 5 de Cirurgia: *“A morte é o maior desafio que o cirurgião tem. Nunca me acostumei com ela (em termos médicos, não em termos filosóficos como uma sequência natural da vida), em termos médicos nunca aceitei a morte, e também nunca criei cicatriz psicológica. Eu sofro com cada paciente que complica ou venha a falecer. Então, isso eu não aprendi a superar. É, eu participo da vida dos meus pacientes”.*

E diante desse risco, o bom médico deve ter maturidade e ser bastante cauteloso:

Professor 1 de Cirurgia: *“O clínico velho é o cara que manda operar, que quer que arranque, que drene, que corte a cabeça do doente. E o cirurgião velho é o cara mais medroso, ele já se ferrou tanto, já viu tanto problema, que tem receio de ser tão agressivo quanto ele era no começo. Ele agora tem a experiência junto com ele. Porque a cirurgia não é só uma medicina baseada em evidências, ela também é baseada em experiência.(...) A gente precisa ter um suposto saber, um suposto proceder. Você vai ter muita dificuldade para encaminhar um filho ou algum ente querido para um cirurgião com esse discurso meu, porque você precisa de alguém que te venda a impressão de que sabe 100% , mas essa pessoa não existe. O médico ideal seria: um cara que pudesse falar que sabe os 5% possíveis de se saber, mas que transmitisse a segurança de dar o melhor dele o tempo todo – a garantia de dar o melhor dele – e ao mesmo tempo dizendo que está solidário com você, quer dizer: Nós somos sócios desta nossa decisão; eu vou ficar junto”.*

Na Cirurgia, a ideia do médico vivido ser um cuidador aparece em conflito com o que seria o médico idealizado pela sociedade e pela Faculdade.

Professor 1 de Cirurgia: *“Às vezes tudo que a gente precisa é fazer companhia para os pacientes. Eu vejo muito amigo falando: Pô! Mas não precisava operar esse paciente! Mas se a gente não operar, o que a gente vai fazer? Você entendeu? Ele tem um câncer, o que vou fazer! Nada! Às vezes você promete, mas não pode fazer nada. Mas quando você fala isso você é um mau cirurgião. Quando eu falo isso, eles acham bonito na hora, mas ninguém me manda mais pacientes. Eu perco a confiança”.*

Professor 4 de Cirurgia: *“Concordo que a gente não deve, vamos dizer, privilegiar o aspecto da cura, o curativo. Mas, eu acho que ainda no imaginário da sociedade, realmente o médico é visto como curador. Até porque eu acho que a maior*

parte de toda a nossa formação é para ser curador. Tratar quando aparece o problema, e não tratar antes de aparecer. Talvez o valor que se dê para isso seja menor”.

Outro conflito entre a condição ideal de ser médico e a situação real, que não propicia a primeira, apontado por um professor de Cirurgia, seria a pressão tecnológica:

Professor 4 de Cirurgia: *“Olha, tem uma visão ideal de ser médico e tem a visão real, tanto global quanto loco-regional. Eu acho que a visão ideal do médico, e muitos que buscam a medicina inicialmente, é aquela do médico como detentor de um conhecimento para ajudar os outros, para amparar em momentos difíceis, para resolver problemas quando uma pessoa está mal em vários aspectos do seu viver. Agora, tem o lado prático da medicina, e que atualmente eu vejo com muita preocupação. O grosso da medicina tem virado um bem de consumo dentro de uma economia de mercado, que leva ao enfraquecimento do lado humano da medicina. Seguir o modelo americano de tecnologia, de ênfase na cientificidade, em detrimento da relação médico-paciente. Eu acho que o fulcro da medicina é a relação médico-paciente. Então, até para os nossos alunos, quem a gente está formando, eu me preocupo, porque cada vez mais a gente vê a exposição a uma situação de trabalho que valoriza menos a relação médico-paciente, e mais os aspectos tecnológicos”.*

Preocupação compartilhada com outro professor bem mais velho que fala da dificuldade dos cirurgiões para as relações interpessoais, fato que pudemos presenciar na observação:

Professor 2 de Cirurgia: *“Então, o que que eu acho do cirurgião em si? Ele não está preparado para o relacionamento com o paciente. Ele tem, obviamente, uma dose de agressividade forte por ser cirurgião. Que precisa ter, mas ao mesmo tempo ele tem que estar preparado para conversar com o doente, explicar, entender, ouvir. Mas a maioria acha que isso é besteira”.*

Em outro ponto de vista, ser médico envolveria um valor do *eu* que antes estaria a serviço do doente e hoje estaria mais a serviço do narcisismo do próprio médico.

Professora 3 de Clínica: *“Não deveria ser assim, mas o que vejo atualmente, e isso eu acho que está aumentando, é que na realidade, o médico trata do doente para ficar bem na foto. Eu fiz o diagnóstico, eu tratei disso. O meu ego ficou bom. É isso que eu percebo. Não é mais... Olha, vou fazer tudo para eles ficarem bem. Não, não. É: Eu quero é acertar o diagnóstico.”* Talvez por isso, conclua que: *“Ele não se identifica como cuidador, tem até aversão a essa postura.”*

Ser médico, no espaço da intersubjetividade, também envolveria sofrimento quer pelo encontro de alteridades, quando o outro é visto, reconhecido e aceito na sua diferença, quer pelos ganchos identificatórios que aí se processam quando no outro se encontra algo de nosso.

Professor 1 de Cirurgia: *“Eu ainda continuo me angustiando quando tem essas coisas (notícias ruins para os pacientes), mas não costumo fugir dessa raia. Acho que é uma atribuição médica a gente conversar com os pacientes, sofrer, enfim, poder se emocionar na presença dos doentes, tanto é que eu enlouquecia na triagem, porque é uma relação destituída totalmente de afeto.(...) Mas, também é tóxico esse relacionamento com as pessoas. Eu tenho uns amigos que dão o curso: o custo emocional do atendimento de humanos... Faz mal. As pessoas são como droga, que têm dose, posologia etc... Não é? Também falar com os outros, bater papo, pode intoxicar determinada hora. A gente precisa pensar sobre isso, e a Faculdade eu acho que faz pouco nesse sentido”*.

Professor 2 de Cirurgia: *“Eu vou dar um exemplo para você. Eu fui chefe de UTI por muito tempo, e o perfil do doente foi mudando. E eu fui aumentando a idade, aí você começa a ter dificuldade de não fazer comparações. Um dia eu estava passando*

na visita com uma médica, e tinha um paciente lá que tinha tido um problema, estava há 12 horas em coma e ia morrer. Aí a médica falou assim, ela tinha a mesma idade que eu, e disse assim: É, estão chamando a nossa categoria.”

Entre os alunos observamos que as ideias sobre o que seria o bom médico oscilam entre o que constituiria o médico ideal em contraposição a um ideal de médico mais realista e menos fantástico. Questão não resolvida, ainda mais considerando que o *eu* idealizado está mais próximo do desejo inicial que moveu suas escolhas por essa profissão. O eu-médico ideal seria aquele que salva todo mundo, que seria ou faria grande diferença na sociedade e teria notoriedade por isso. Visão romântica que esmaece ao longo da Faculdade, quando o aluno começa a pensar na sua qualidade de vida (elemento que não apareceu nas narrativas dos professores quando se referiam à sua época de estudantes).

Na fala de uma aluna do quinto ano:

“Eu tinha uma visão mais romântica de ser médico; essa coisa de bombeiros: Eu vou salvar vidas. Mas depois, acho que quando você entra na Faculdade, entende como uma profissão. (...) Tem época que eu acho que quero trabalhar em horário comercial e ter uma vida razoavelmente estável, pra fazer outras coisas quaisquer. Assim, eu não queria me comprometer muito com a profissão. Porque eu acho que a medicina ela te exige isso, né? Tem que tomar essa decisão do quanto você quer se comprometer com a profissão, e com as pessoas que você vai atender com o seu conhecimento. E isso mudou muito durante a Faculdade. Nessas horas eu já pensei especialidades bem diferentes...” (Aluna 12 do quinto ano).

Ser bom médico não representa mais, necessariamente, entregar a vida à profissão, porque as pessoas querem ser mais do que só médicos... Apenas ser médico não basta para seus projetos de autoidentidade. Na fala de outro aluno do quinto ano:

“Em nenhum momento eu estou aqui obrigado, mas eu sinto muita falta de fazer, por fora, outras coisas que me engrandeceriam mais, principalmente culturalmente. Pra mim faz muita falta ter mais tempo para visitar alguma coisa, ou ler livros totalmente diferentes, sabe? Coisas que eu tive que me distanciar, porque a exigência no hospital tem sido muito grande. É uma exigência necessária, mas que às vezes me faz perguntar: Poxa vida, é uma exigência necessária, tem gente que adora, tem gente que vive para a medicina, que gosta muito disso e que não sei o que, mas o fato de eu sempre querer algo a mais, será que eu não gosto de medicina? Ou será que realmente é uma coisa que eu vou conseguir, só que mais para frente? (...) Eu acho que olho a vida das pessoas que se doam demais para a medicina, e é o tipo de vida que eu não gostaria de ter. Eu acho que é muito sacrificante...” (Aluno 13 do quinto ano).

Alunos de todos os anos dizem que querem trabalhar com competência, mas menos intensamente do que observam no hospital-escola. Querem ter um bom salário, horário de trabalho, fim de semana e férias, condições que diferem do modo liberal de atuação profissional. No depoimento de um aluno do quinto ano:

“Antes de entrar, você pensa: Ah, eu quero salvar o mundo, não sei o que lá, ser um grande médico. Eu pensava em ser super-reconhecido. Agora, depois de quase cinco anos, o que eu quero para mim é uma vida tranquila, não quero me matar de trabalhar. Eu quero ter uma qualidade de vida legal, fazer o que eu gosto, mas sem excesso. Não faço questão de ser um pesquisador, ir a milhares de congressos, ser um brilhante médico. Eu quero ter minha vida tranquila. 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” (Aluno 11 do quinto ano).

As falas sobre o “médico ideal” revelam representações que variam não só entre as gerações, mas entre os grupos sociais e suas diferenças culturais. Por exemplo, destoa dos demais alunos, o depoimento de uma aluna do sexto que ainda pensa o ser médico como uma vida voltada inteiramente para a medicina e permeada de atos heroicos. Conta que escolheu medicina porque gosta de cuidar e continua gostando. É uma aluna com características que a diferem da maioria: frequenta a igreja evangélica onde tem os amigos mais chegados, classe média baixa, mora em região distante, diz-se batalhadora e ter aproveitado intensamente os seis anos da Faculdade. Valoriza mais a oportunidade de estudar em uma grande escola que a si mesma como um ser superior. Participou de várias agremiações acadêmicas. Conta que adora a família, mãe costureira e pai vendedor, ambos com ensino médio pelo supletivo. Essa aluna foi a única que relatou atuações heroicas como as das professoras entrevistadas nesta pesquisa. Diz claramente que ajudar as pessoas está acima das falhas da organização do serviço e que esse seu jeito incomoda os colegas. Vejamos sua fala:

“Eu não acho que sou inteligente, acho que sou muito de ir atrás, correr atrás do que quero, lutar muito pelo que quero. Tudo na minha vida veio com muito sofrimento, com muita luta, nada veio de mão beijada. Então acho que, talvez, por isso, eu dou muito valor para o que eu consigo. (...) Eu sempre tento lutar muito pelos pacientes. Se precisa fazer um exame eu vou atrás. É sempre assim, eu nunca tive nenhum problema em correr atrás de alguma coisa para gerar um benefício para o paciente. Por que umas pessoas acham assim: Ah, o sistema é péssimo. Tem que cavar não sei o quê, tem que fazer não sei o que lá. Isso é horrível. Reclama, não quer fazer, acha ruim. Eu não. Acho que, se é para ajudar uma pessoa que, ao invés de ficar um mês esperando, vai ficar uma semana, eu vou atrás. Porque infelizmente, medicina não é uma profissão só, não é. Quem acha que é, não é. Você se envolve demais com as

peessoas. Por exemplo, quando eu passei na pediatria aqui... Isso é um pequeno exemplo. Estava na Enfermaria da Pediatria e tinha uma paciente com suspeita de coqueluche e precisava colher a secreção para fazer a análise no laboratório. Daqui, o material ia de ambulância, mas, para você marcar a ambulância, só na segunda-feira. Só que, se passasse daquele dia, era uma sexta, aí então sábado e domingo, na segunda já não ia estar no período. Então, o que eu fiz? Eu saí daqui e fui até o laboratório levar o exame” (Aluna 17 do sexto ano).

O bom cuidador é pensado de diversas formas tanto entre alunos quanto entre professores, mas na fala dos alunos se aproxima mais da ideia de interação com o outro, ou seja, a noção de “cuidado” e de “escuta” que se tem hoje na vertente da humanização, enquanto que na fala dos professores está mais associada à ideia de “sacerdócio”, “dedicação”, “vocação”, diferenças que levam a modos distintos de construção e exercício da identidade profissional.

Os ídolos dos alunos, para uma parcela grande deles, são, segundo seus relatos, os professores que ganham muito dinheiro, atendem pessoas famosas e por isso são também famosos e têm poder. Professores que apresentam suas “grifes”, como disse o aluno do segundo ano, que por sinal, quer ser um desses:

“É! Médico do Hospital L, aquele ibope do Hospital A. Todo médico do Hospital L põe o simbolozinho no cantinho do slide. E do Hospital A também. O do Hospital A também, só que coloca em cima” (Aluno 4 do segundo ano).

Na fala de um aluno do quinto ano:

“Os alunos respeitam mais os professores que ganham muito dinheiro. Apesar de que eu não me importo. Mas os caras falam: Ah, você já viu o tamanho do consultório de não sei quem? O cara cobra tanto na consulta lá fora. Os grandes ídolos. Eles têm os alunos na palma da mão. (...) Os que morreram todos são ídolos. Os

caras enchem a boca para falar. A maioria cirurgião, não é? Os caras adoram. Ó, quem é ídolo também: o Drauzio Varella é um ídolo, ele tem fama, tem posição de destaque” (Aluno 10 do quinto ano).

Outros alunos falam do custo emocional da medicina e suas consequências na vida de estudante e médico. Uma aluna do quinto ano diz que escolheu medicina por que queria ajudar as pessoas (e a si mesma) e ser considerada uma pessoa legal. Não se arrepende de ter feito porque foi grande o seu desenvolvimento pessoal, mas hoje talvez escolhesse outra profissão. Diz que é muito difícil cuidar das pessoas e que não se tem essa noção antes de entrar: “Eu acho que é difícil, porque é uma responsabilidade maior do que eu imaginava. Cuidar de pessoas é muito difícil. E é uma profissão que custa caro. Para a gente, o custo é muito alto” (Aluna 14 do quinto ano).

Na experiência de um aluno do quinto ano, esse custo pode endurecer o médico:

“Eu acho que, às vezes, como médico, você começa a ficar meio cruel, na medida em que você fica mais duro em algumas situações, que você tem que ser um pouco mais frio, manter uma certa distância. (...) Porque toda hora você está no limite da vida, no limite da dor, no limite do sofrimento, das perguntas. Quantas vezes você é questionado sobre uma coisa que você não sabe, não é? Eu lembro que o primeiro paciente que eu acompanhei, que tinha neurotoxoplamosse, e ele perguntava: Eu vou andar? Quem vai responder isso? Ah, não sei. Ninguém sabe, mas faz o tratamento de maneira correta que isso só vai te ajudar. Então eu vim com uma ideia do que era medicina que na verdade não correspondeu muito à realidade. É muito mais profundo do que eu conseguia ver do lado de fora. Do lado de fora, por mais que você tente ver, você não consegue” (Aluno 11 do quinto ano).

Ou mesmo levar ao adoecimento, como na fala do aluno do sexto ano que acompanhou seu colega ao ambulatório da Psiquiatria: “*Depressão e ansiedade. Isso*

mesmo. Ele se identificou com uma situação que ele não conseguia lidar e precisou de um apoio para continuar. Tudo bem, isso acontece muito na Faculdade de Medicina” (Aluno 15 do sexto ano).

Ainda assim, para a aluna do primeiro ano, a medicina teria dimensões de prazer que a maioria dos alunos não percebe:

“Se divertir também é se encantar e as pessoas não se encantam, e querem te reprimir se você se encanta. Então tem aula... Eu tive aula de neurofisiologia, que terminava a aula e eu pensava: Não vai embora, senta mais um pouquinho; conta, conta mais coisa. Estou encantada, estou emocionada... Estou realmente emocionada! Como assim? Você vai se emocionar pela neurofisiologia? Pô, me encantei! Quando eu vi o coração batendo fora do rato eu fiquei deslumbrada! Poxa, o que é isso? Que loucura! Bate fora! Tá fora! Eu cortei! Tá fora batendo! Continua. Mágico, completamente mágico! E as pessoas não se emocionam. É isso. E a gente tem acesso a coisas tão incríveis! E a gente não saber ver; vira número, vira nome, tabela. Quando a gente tem acesso a coisas fantásticas, como nenhuma outra profissão! É incrível! É mágico. É muito mágico. E as pessoas não se interessam muito, passa batido” (Aluna 1 do primeiro ano).

Também para o aluno do quinto ano, a experiência de ser médico é descoberta, encanto, dor e prazer:

“É legal ser responsável pelo paciente no internato. É assustador. É meio... Nossa! Os primeiros dias do estágio eram muito bizarros, você não está acostumado com isso. Você não é responsável nem por você mesmo, cara! Imagina você ser responsável pelo sujeito no leito, que vai ser operado. Para o cara leigo é um negócio muito místico. Vão fazer um talho e tirar um negócio de dentro dele. Era legal ficar conversando, explicar para o cara, tal, o papel de cuidador era muito legal. Eu gostava

bastante. Assusta, principalmente quando o paciente descamba ou começa a afundar ou quando ele tem um mau prognóstico. Você fica mal” (Aluno 10 do quinto ano).

Ou, o aluno do sexto ano que, de repente, descobre:

“Todo mundo fala: Ah, eu entrei na medicina para curar o outro. Mas eu acho que, sem demagogia, isso acaba sendo até uma verdade!” (Aluno 19 do sexto ano).

1. 3. O professor de medicina

Todos os professores entrevistados disseram gostar da atividade didática, mas têm visões e propósitos diferentes quanto a ser professor. De um modo geral, para uns ser professor é promover o desenvolvimento do aluno em uma relação intersubjetiva. Para os outros é transmitir saber.

Ser professor pode fazer parte do ser médico.

Professora 4 de Clínica: *“Então, minhas duas grandes paixões profissionais são o paciente – acho que eu não conseguiria trabalhar sem atender – e o aluno: eu tenho verdadeira paixão de interagir com eles. Acho que ser médica, para mim, é atender e ter aluno do lado. E para eu poder desempenhar essas duas funções adequadamente, eu faço pesquisa. A pesquisa é uma coisa que eu gosto muito, mas eu poderia viver sem. E eu não poderia viver sem aluno e sem doente”*.

Para esta professora de Clínica, ser professor é acompanhar o aluno no seu desenvolvimento:

“Professor de universidade tem que se interessar pelo aluno, resgatar o aluno. Porque dar aula para quem estuda sozinho, bela porcaria; dar aula para aquela parte que acompanha, isso qualquer um faz. Eu quero ver quem resgata aquele que está perdido no meio do caminho, que não consegue ir para frente. Esse é que é o bom professor. E eu acho que é aí que está a força do professor. A força do professor é

pegar aquele aluno que está meio perdido, não está entendendo, e falar: Filho, olha isso aqui. Como é que será? E ele acorda, começa a gostar, e começa... Eu acho que é esse o papel do professor: não o de dirigir, mas orientar para ele poder se reorganizar. Essa é que é a grande jogada do professor, que é o mais legal. E na hora em que você pega um 'estetos' e dá para um aluno do segundo ano, e ele não sabe de que lado da orelha ele põe a ogiva... Chega no final, ele põe o 'estetos', e o olho dele abre e ele fala que ele ouviu aquilo... Olha, não tem prazer melhor na vida. Não tem, é uma delícia! Ou, se você vai precisar de algum exame, alguma coisa, você vai na clínica e vê que foi aquele menino que você pegou, e que ele sabe quinhentas vezes mais do que você daquilo que você está procurando. Para mim, saber que eu participei um pouquinho daquilo ou pude interagir com ele no crescimento dele, para mim é o máximo! É o máximo". (Professora 4 de Clínica).

Outra professora que trabalha pelo desenvolvimento do aluno diz:

Professora 3 de Clínica: "Eu adoro ser professora. Primeiro porque eu acho que quando você é professor você é multiplicador, então eu tenho a chance de ajudar muito mais gente sendo professora do que atendendo individualmente, então eu sempre falo: se eu quero um mundo melhor, eu tenho de ajudar mais gente, a maneira de eu ajudar mais gente é ensinando e multiplicando! Eu gosto demais. E, principalmente, eu gosto porque eu acabo aprendendo também. E eu gosto também de ficar com gente jovem, eu me sinto bem com eles, eu gosto de conversar com eles".

Para um dos professores de Cirurgia, ser professor é lidar com transmissão e aprendizado lado a lado.

Professor 4 de Cirurgia: "Tem uma frase do Guimarães Rosa que eu gosto bastante, que diz que: Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende. Então, eu vejo a relação de professor-aluno assim: alguém que é mais experiente e

transmite algum conhecimento, mas que está aprendendo também. Ao transmitir o conhecimento está aprendendo. Eu gosto muito do contato com alunos e com residentes porque eles nos trazem perguntas, e a gente é obrigado a estudar. Então, eu acho que é uma relação de troca, de alguém que conhece um pouco mais, mas que está também absorvendo nessa relação”.

Para outro, ser professor é dar aulas, criar cursos.

Professor 5 de Cirurgia: *“Eu adoro dar aula, adoro! Não posso ver um holofote e um microfone... E me sinto bem! Eu vivo estudando e compartilho aquilo que aprendo com os que me estão próximos. Eu criei cursos em que formei ou atualizei mais de 650 cirurgiões pelo Brasil. Tem um curso que eu lutei para manter durante 30 anos, onde reciclamos mais de 3.000 médicos. Escrevi inúmeros livros (embora, dentro do conceito nosso de didática livro não tenha nenhum valor, mas eu acho que tem). Então... Eu faço isso naturalmente, não faço nenhum esforço para isso. Faz parte do meu ser!”.*

Professores apontam o problema do não reconhecimento daqueles que verdadeiramente se dedicam ao ensino no ambiente universitário.

Professor 1 de Clínica: *“O professor que vomita conhecimento, por melhor que ele dê esse conhecimento, é um professor medíocre. (...) Aula é para quem pode e não para quem quer. Essa é a visão que tem que ser mudada no mundo, não na Faculdade de medicina, no mundo. Porque aula tem que ser um privilégio e não um castigo. (...) E todos que se dedicam à docência devem ser tratados e valorizados como professores”.*

Professor 2 de Clínica: *“É assim: se o cara é um professor de grande prestígio, porque tem gente que sabe dar aulas muito bonitas e tem um grande prestígio... É rico, tem grande poder aquisitivo, é admirado, mesmo não sendo tão disponível. Paradoxalmente, você ficar do lado do aluno é bom mas pouco valorizado porque se*

esse cara está comigo é um coitado, se ele fosse bem-sucedido, estaria em níveis elevados e não ia ter tempo de estar aqui”.

Ser professor demandaria tempo e dedicação, sem reconhecimento ou remuneração vantajosa.

Professor 3 de Cirurgia: *“Eu, particularmente, sempre gostei de ensinar. Eu acho que transmitir conhecimento é algo que, pelo menos a mim, me deixa muito feliz, muito satisfeito. Eu tive uma experiência de vida muito curiosa no meu tempo de estudante e de residente. Alguns cirurgiões, professores da Faculdade, quando operavam, ao chegar em um tempo crítico da cirurgia, faziam você virar as costas. Você não podia olhar para saber o que eles estavam fazendo. (...) Mas quando você encara a transmissão de conhecimento como forma de abrir horizontes, acho que é uma das tarefas mais sensacionais que tem, não apenas na medicina, mas em geral, até no ensino primário. Então, ser professor é uma experiência excelente. E ser professor dentro de uma profissão como a nossa é melhor ainda; acho que não tem outra equivalente ou correspondente. (...) O grande problema é que para ser professor, você precisa, antes de mais nada, ser um indivíduo que tem uma boa formação pessoal; atualizado, que tenha espírito crítico para analisar aquilo que lê, para não transmitir notícia para o aluno, e sim conhecimento. E isso exige tempo. Hoje em dia, particularmente, você entra na internet para fazer um levantamento de qualquer assunto, você encontra mil trabalhos publicados. Para fazer qualquer levantamento, você demorava um tempo. Hoje em dia, é uma avalanche de coisas. Dentro dessa avalanche, eu, sem nenhuma dúvida, posso dizer que a maioria são coisas altamente questionáveis. Então, para você poder transmitir para os alunos alguma coisa sensata, você precisa, também, fazer uma análise crítica antes de transmitir. A análise crítica tem de ser impessoal, não pode projetar o professor como dono do saber, mas como,*

simplesmente, o cara que é um pouco mais velho, um pouco mais experiente, um pouco mais crítico, e que, portanto, vai fazer uma análise e uma síntese das coisas mais importantes para transmitir. Então, isso tudo é fácil de dizer, mas é extremamente difícil de fazer, porque exige tempo e porque, na realidade, isso tudo não te dá nenhuma projeção, a não ser perante os alunos ou perante os doentes. Mas... Então, qual é o grande problema que eu vejo na nossa vida acadêmica aqui: o indivíduo mais valorizado tem outras características, e não aquelas de docente. Como você tem também um outro problema de ordem pragmática. Eu, no fim de carreira, professor titular chefe de divisão ganhava em um mês o equivalente ao que eu ganho em uma cirurgia de pequeno porte. (...) Eu acho que, para ser um bom professor, você precisa ter, realmente, muito entusiasmo, exatamente em função dessas dificuldades. E sob certo ponto de vista, ser um bom professor é subproduto de você ser um bom profissional, em um sentido abrangente, um bom médico, entende? Ou seja, valorizar não apenas a sua projeção pessoal e aquilo que você ganha, mas valorizar a profissão pela natureza intrínseca de sua responsabilidade social...”.

Para outro professor de Cirurgia, o professor deve se preocupar com o seu papel de modelo para o aluno.

Professor 1 de Cirurgia: *“Eu acho que a gente tem que ser modelo. O que acho que está faltando aqui na Faculdade são modelos que você olhe para a pessoa e fale: Eu gostaria de ser igual a esse cara quando eu crescer. Pelo contrário, são modelos que você fala: Eu quero ser tudo, menos esse tipo de gente! A gente tem poucos modelos aqui, os alunos se formam sem saber o nome dos professores. Eu os entrevisto aqui para monitoria: Quem foi o teu professor?/ Ah, é um cara assim e assim, que andava de óculos. Eu guardo os nomes dos meus professores, até dos que eu odiava. A gente precisa ser mais modelo, andar direitinho, não falar tanta bobagem”.*

Faces do eu-professor: características do coletivo sob o olhar dos professores

Alunos e professores reconhecem características do grupo a que pertencem sem a ele se identificar. Principalmente os alunos, mas também em parte os professores falam de expressões de subjetividade do coletivo com distanciamento, e se dizem diferentes da maioria que comporia esse coletivo.

Competitividade

Uma característica apontada por todos professores (e alunos, como veremos adiante) é a competitividade, que vai do seu aspecto mais produtivo e estimulante até a comportamentos pouco nobres.

Professor 2 de Cirurgia: *“A competição aqui é pesada. Isso é nítido até pela qualificação das pessoas. No hospital tem muita gente de alta qualificação, em primeiro lugar, técnica e científica. Agora, por trás dessa coisa técnica e científica, existem pessoas. E as pessoas têm a sua vida e a sua personalidade. Várias dessas personalidades não são fáceis. E isso é uma coisa de cidade grande”.*

Isolamento e individualismo

Outro aspecto é a pouca disponibilidade das pessoas para a intersubjetividade que talvez resulte no sentimento ou no comportamento de solidão.

Professor 2 de Cirurgia: *“Hoje sou um paulista total. Adoro aqui onde estou, adoro esse hospital e tudo. Mas aqui não tem espaço para proximidade. Tem gente que trabalha comigo e algumas eu conheço, mas não sei muito e nem quero saber mais. Não é que eu não quero saber mais das pessoas, mas não há nem oportunidade de conhecer o outro lado das pessoas. Porque é assim: você chega no fim de semana, você tem que se virar com a sua vida. Você acaba fazendo da sua vida a sua família.(...) O que eu senti quando cheguei em São Paulo, no geral? No fim de semana, não tinha com*

quem falar. Eu não estou dizendo que o sujeito é mais fechado. Eu estou dizendo que a cidade é grande, é um país, ela não permite... Eu entendo, porque hoje chega o fim de semana, você está cansado e não quer nem ver, você não quer ouvir, você não quer... Você quer ficar na sua”.

Responsabilidade

Seriedade e responsabilidade também são apontadas.

Professor 2 de Cirurgia: *“Tem gente séria, tem gente boa, tem pessoas ótimas, disso eu não tenho dúvidas. Eu acho que essa questão da seriedade, da responsabilidade, isso existe muito. Não sei se é até a competição que gera essas pessoas assim, ou se é uma característica”.*

Desconfiança

O clima institucional comportaria a desconfiança nas relações entre as pessoas, ainda que em meio às boas intenções.

Professor 4 de Cirurgia: *“Eu acho que as relações entre as pessoas aqui são relações de cautela. Eu acho que a maior parte é desconfiada. Como uma coisa humana. Muitos têm bons interesses, mas opiniões diferentes, caminhos diferentes, e a melhor coisa é a gente chegar num meio termo de todos. Então, eu acho que existem sim, pessoas muito bem-intencionadas! Às vezes, o caminho parece meio torto, e isso não sei se é ético (deveria ter essa preocupação, o caminho não pode ser torto). Por melhor que seja a intenção, o caminho não pode ser torto, na minha opinião. O caminho tem que ser reto. Mas, às vezes, tem o conflito de pessoas muito bem-intencionadas. E tem outras que a gente não sabe tão bem a intenção delas”.*

Disputas de poder

Em parte, o clima de desconfiança teria a ver com os conflitos explícitos, ou não, nas disputas de poder. Nesse sentido uma professora de Clínica (cirurgicamente) recorta

a questão da seguinte forma: *“Eu acho que a maioria das pessoas que estão no hospital têm mais ou menos o meu perfil: trabalham muito, ganham pouco e adoram o que fazem. E são felizes assim. Mas o que aparece é a minoria que quer poder. Esses é que se sobressaem e tentam mandar na maioria – às vezes conseguem e, às vezes, não.”* (Professora 4 de Clínica).

De outro jeito, mas também no mesmo sentido, outros professores de Clínica afirmam a existência entre eles de grupos que buscam lugares de saber, e grupos que querem lugares de poder:

Professor 1 de Clínica: *“E sou do grupo dos que gostam de discutir, grupo dos que gostam de conversar; gostam de estudar, gostam de melhorar, gostam de dar espaço às pessoas que estão embaixo (mesmo as que fazem sombra... E é bom ter uma sombra. Só uma cabeça o tempo todo não é muito bom). E isso faz parte mais ou menos do grupo que eu pertencço mesmo. Aqui na Clínica muitas pessoas pensam assim, não todos”*.

Professora 3 de Clínica: *“Eu sou um soldado de trincheira, sou daquela soldadinha que vai lutar lá na frente, eu não sou da estratégia, sabe? Eu sou da tribo que vai à luta”*.

Ambiguidade

Em parte, a desconfiança estaria também relacionada à observação da existência de pessoas com caráter e comportamento ambíguo que lhes daria certo ar de falsidade.

Alguns pareceriam ter “dupla” personalidade:

Professor 1 de Clínica: *“As pessoas saindo daqui se travestem. Aqui você põe o seu jaleco; fora daqui, você tira o jaleco e põe a gravata (com ou sem jaleco) e vira uma outra pessoa, outra personalidade, com perfume, com caneta Mont Blanc. Isso não poderia acontecer porque isso é o exemplo que a gente dá para as pessoas”*.

Ou indo mais além, as pessoas apresentariam comportamento que desafiaria saberes psicanalíticos:

Professor 2 de Cirurgia: “ *Um dia, faz bastante tempo, eu fui lá naquele Clube dos Médicos. Lá os caras fazem um churrasco, bebem e ficam todos iguais, todos malucos, e você fica olhando e pensando: Esse cara todo contido, agora está maluco aí... Foi jogar futebol, chutou todo mundo. Bebeu um monte de cerveja. Não, esse cara está doido! E por que acontece isso? Eu não sei te responder. Existe alguma coisa que quando cria uma vazão mostra que todo mundo é ser humano. Agora por que isso se expressa tão forte assim em algum momento, eu não sei te responder, não sei. Isso merece um estudo, viu*”.

1.4. O estudante de medicina

Observamos que os professores, diante de perguntas sobre como é ser médico e professor, produziram narrativas mais em nome próprio, enquanto os alunos, frente a perguntas sobre como é ser estudante de medicina, responderam mais com base no modo como viam o coletivo sem nele se incluir, quase que em contraposição a ele. Desse modo, não obtivemos relatos marcadamente autobiográficos, como entre os professores, mas a descrição de um coletivo indigente, com o qual seus autores não se identificam sem perceber que é por meio dele que responderam à pergunta sobre como é ser estudante de medicina... A autoidentidade de cada um não se referenciava na imagem de grupo que coletivamente criaram. Esse fato mostra um aspecto típico das subjetividades contemporâneas, que pouco admitem se referenciar no todo, mas investem fortemente na constante construção e reconstrução de um *eu* que se destaca do todo (Giddens, 2002), e que aqui se acentua talvez pelo fato de que vários deles foram

escolhidos como informantes-chave, ou seja, pessoas diferenciadas em relação aos seus subgrupos de origem.

Vários deles apontaram que existe um mito de que o estudante estuda e sofre demais, mas na verdade a Faculdade seria puxada para quem a leva a sério, porque seria possível não fazer muita coisa, estudar e passar nas provas sem grande esforço (crença que para alguns professores seria um outro mito). Isso aconteceria do primeiro ao quarto ano, quando para a maioria haveria uma transformação radical (quase mágica) como explicou o aluno do quinto ano:

“É até engraçado, eu não sei se é uma peculiaridade do curso de medicina, mas até o 4º ano você é uma coisa e depois do 5º você é outra. Até o 4º ano, ser estudante é um negócio meio mágico. Você não tem muita responsabilidade civil, você não é médico... Ainda mais morando em república, você não é mais muito filho dos seus pais, você tem o seu território, tem a sua casa... Mas você também não é um adulto ativo economicamente, então você está no limbo – e isso te dá margem para muita coisa interessante. Assim, tinha gente que aproveitava do 1º ao 4º para estender o colégio, para ficar no Centro Esportivo tomando sol, saindo em balada. Não estou falando que seja errado, mas tinha cara que aproveitava. E tinha gente que aproveitava pra ser um acadêmico, para aprender as coisas. Eu usei bastante do 1º ao 4º ano para conhecer o mundo, não conhecer o mundo e viajar e tal, mas entender o mundo, aprender como interagir com o mundo. Essa era a minha grande aflição até o 4º ano: como interagir com o mundo? O que eu farei? Que marca eu deixaria na face da terra? Bem chavão. E aí depois do 5º ano você ainda não é médico, você ainda não é um adulto economicamente ativo, mas você não é mais aquele estudantão, você tem umas “responsas”. Dependendo do estágio que você tem. E assim, os residentes da gastro (cirurgia) que estavam com a gente faziam questão de falar: Olha, o paciente é seu! Eu

tenho certeza que eles iam cobrir a gente quando a gente escorregasse, mas: ‘Mano’, o paciente é seu. Se esse paciente está com o pré-operatório em dia ou não a culpa é sua; se ele está no pós-operatório andando direito ou não, a culpa é sua; se ele está evoluindo direitinho, se ele está com alguma queixa, se ele está com sofrimento, a culpa é sua, você tem que saber lidar. Eu tenho certeza que eles deviam fazer muito pelas nossas costas, não é? Mas... De repente você tem essas responsabilidades e é bem bacana, você não é mais aquele estudantinho. (...) Você se enxerga de maneira diferente... Você vê aquela galera do 4º ano ou pior ainda o pessoal do 3º ano, todo mundo em grupinho, fazendo a maior algazarra e com a mochila nas costas, o protótipo de estudante em excursão. No internato não. Ninguém fala para o interno que ele não pode andar com a mochilinha nas costas, e todo mundo fala para o 4º anista que ele não pode andar com a mochilinha nas costas. No 5º ano, ninguém fala pra você: Olha, ‘mano’, você não tá mais numa excursão. O cara se veste melhor, arranja uma barba melhor, uma pastinha, o cara não anda gritando pelos corredores. Você acaba herdando de si próprio uma responsabilidade. É claro que o ambiente todo joga a responsabilidade em cima de você, mas você também põe no ombro. Poderia não pôr, mas você põe” (Aluno 10 do quinto ano).

Faces do eu-estudante: os estudantes de medicina por eles mesmos

O retrato que os próprios alunos fizeram sobre quem são na condição de grupo foi bastante crítico e severo.

Embora afirmem que há vários grupos de alunos diferentes entre si e que há espaço institucional para todos, alunos do primeiro ao sexto ano disseram que o comportamento mais geral de grupo demonstra infantilidade, arrogância, falta de vontade e de responsabilidade com os estudos.

Na crítica deles, a maioria dos colegas, embora não admita, seria “nerd” que não se admite “nerd” e quer parecer descolado. Teriam “cabeça fechada”, seriam incapazes de refletir sobre temas vários e aprofundar discussões de opinião. Seriam competitivos, superficiais e medíocres, e não praticariam uma honesta autocrítica sobre si mesmos. Comportar-se-iam como alunos de colegial, demonstrando imaturidade no comportamento e no discurso. Reclamariam muito porque, no fundo, não querem fazer nada. Achar-se-iam “prontos” (ou quem sabe “geneticamente determinados” para a medicina), mas na realidade, muitos deles não teriam sequer desenvoltura para conversar com pacientes, menos ainda para encarar os problemas existenciais a que a medicina os expõe.

Diversidade

A diversidade seria uma das características das pessoas, um dos fatores de agrupamento e de segregação, mas haveria espaço para todos.

Na fala do aluno do segundo ano:

“Então, eu fico com pessoas que gostam das mesmas coisas que eu. Gostam de arte, têm uma formação mais humana do que aquela coisa bitola, de: Vou ser médico, preciso saber física até ... Um grupo mais aberto, sei lá, às artes em geral e às ideias diferentes do padrão, à sexualidades diferente do padrão. Isso é uma coisa em comum entre mim e meus amigos daqui. Há muitos pontos de divergência, mas esse respeito à diversidade sexual, de pensamento, de atitude, de comportamento social é uma coisa que existe entre nós” (Aluno 3 do segundo ano).

Ou na fala da aluna do terceiro ano:

“Eu encaro o ambiente aqui mais como acolhedor porque acho que cada um pode fazer o que gostar mais e o que se sentir feliz fazendo. Acho que tem espaço para todas essas mentes diferentes participarem da formação da Faculdade porque,

querendo ou não, todo mundo aqui está participando da história da Faculdade” (Aluna 5 do terceiro ano).

Imaturidade emocional

Aos próprios olhos, os estudantes de medicina foram descritos como, em sua maioria, pessoas inteligentes, objetivas, metódicas, mas com pouca maturidade emocional. O relato da aluna do primeiro ano sintetiza um olhar compartilhado por outros alunos em diversos aspectos:

“Eu, sinceramente, não sei que ideia as pessoas têm do que é ser médico, mas acho que uma parcela bem considerável, chegando à metade das pessoas que entram aqui, não estão preparadas pra lidar com ter a vida de uma pessoa, ou mesmo o sofrimento de uma pessoa na sua mão. Não sabe nem mensurar o que é sofrimento. Porque não é só a questão de acolher o paciente, pensar no tratamento. É lidar com a carga de uma história de vida e de dor que essas pessoas ainda não conscientizaram de que vão lidar com isso... Porque não é que eu vim aqui formar uma profissão, eu já tenho uma profissão. Eu não vim aqui conquistar a minha independência porque eu já tenho, eu já pago as minhas contas. Eu sou uma década mais velha do que eles. Então assim, essa piração de viver a Faculdade eu já tive. Adquirir conhecimento, eu acho, sinceramente, que no 1º ano é a coisa menos importante de quem está entrando na Faculdade. É o pessoal que está tirando carta de motorista... Pequenos detalhezinhos que são tão mais importantes que fazer prova de bioquímica! É conseguir beber... É isso, é a experimentação de um monte de coisa. Tem gente que entra virgem na Faculdade. Tem um monte de descoberta com peso muito maior do que fazer prova de bioquímica. E pra mim não. Nossa, eu quero saber bioquímica. Eu não vim brincar! Definitivamente, eu não vim brincar. Não vou vir à aula e dormir porque já que eu me desloquei até aqui eu vou assistir aula mesmo. Se a aula estiver muito ruim eu não me

sinto na obrigação de ficar, e sem culpa, mas também não vou ficar no fundo da sala fazendo piadinha. Isso me irrita muito!” (Aluna 1 do primeiro ano).

É interessante e recorrente a visão de que, ao lado de alunos “bitolados” em estudar, haveria vários alunos (especialmente entre os homens) que durante o colégio e o cursinho foram pessoas que experimentaram pouco as situações de diversão comuns à adolescência porque se dedicaram muito a estudar para o vestibular, e uma vez dentro, tentariam mudar essa imagem de estudiosos para a de pessoas descompromissadas com os estudos, voltadas para a diversão, as competições esportivas, a experimentação sexual e principalmente ao abuso de álcool. Beber demais parece estar associado à ideia de ser livre, forte, divertido, irreverente, agressivo, rebelde, viril e popular, atributos muito valorizados culturalmente por essa geração. A iniciação à farra e ao álcool dar-se-ia desde a semana de recepção do aluno do primeiro ano, dando a impressão de que a Faculdade estimularia esse comportamento entre os alunos.

O aluno do segundo ano já aponta esses aspectos, na sua experiência de pouco mais de um ano de casa:

“O cara entra aqui com o intuito de ser o melhor médico da face da terra e estudar, estudar, estudar ou a beber, beber, beber. São os dois tipos que vejo muito nitidamente dentro da Faculdade. Ou é o cara que foi todo certinho e estudioso, nerd até entrar na Faculdade, e depois tenta aproveitar tudo que não aproveitou. Tem 18 anos e cai no Centro Esportivo, ou cai em qualquer festa e vai parar no pronto-socorro. Ou o cara que se enfia na biblioteca e não consegue ter o mínimo de interação social; não consegue sentar e falar sobre qualquer outro assunto. É muito nítido na Faculdade, pelo menos na minha turma vejo muito” (Aluno 3 do segundo ano).

Outro aluno diz assim:

“Acho que tem muita gente infantilizada... É, como que eu falei, cara, todo o mundo é nerd; todo mundo aqui estudou muito pra passar, então, não tem nenhum malandrão, não tem nenhum popular da escola, apesar de que querem construir essa imagem aqui. Pelo menos os caras que passaram comigo no colegial, todo mundo era zoadão, inclusive eu. E quando chegou aqui montou a banca: Faço medicina. Mas acho que aqui tem muita gente bem moleque de fazer intriguinha, fofoca. Não tem cabeça aberta para discutir nada. Só fica falando de competição, ou de qualquer coisa que ele faça, só isso, sabe? Não sabe discutir, não para pra refletir e não tem uma autocrítica boa...” (Aluno 10 do quinto ano).

Recorte social

Para alguns alunos, o grupo seria também composto por muitas pessoas ricas, mimadas, mal-educadas e preconceituosas em relação à classe social, origem étnica, sexualidade e não pertença ao universo dessa escola.

No olhar crítico da aluna do primeiro ano:

“Primeira coisa que é muito gritante é que, realmente, o PIB de São Paulo está aqui. São pessoas que têm muita grana. (...) Então é uma realidade muito fora do que a gente vai entrar em contato no hospital. Gente que viveu em redoma... Não tiveram vivência da adolescência. Isso eu acho que me chocou muito comparando com a outra Faculdade que fiz. Porque tinha gente que foi viver a adolescência na Faculdade, mas era uma minoria. Aqui inverteu: é muita gente que não teve adolescência e vai ter durante a Faculdade. Na verdade, já era pra estar experimentando a vida adulta, mas eles não conseguem projetar o que é uma vida de responsabilidade. Então é: Não, eu vou pirar na Faculdade porque depois eu tenho que virar gente grande. Como vão lidar com as ansiedades do outro se ainda não conseguiram resolver a sua? Isso é bem impressionante. (...) É também um pouco o perfil de criança rica, sabe, que teve todos

os brinquedos. E então: Eu vou beber. Não, eu tenho que beber até cair. Eu vou cheirar lança. Coisa adolescente! Não, isso foi o maior... Não é possível que tem gente com vinte e tantos anos que vai cheirar lança-perfume. Gente, isso é coisa de quando eu estava na 8ª série, não que eu ficasse cheirando... Gente cheirando lança-perfume com 20 anos de idade! Pelo amor de Deus! São comportamentos que deviam ter tido na adolescência e que não tiveram, e aí não conseguem se apaixonar pela profissão. Acho que eles não sabem dar o valor para o privilégio que eles têm de estar aqui; de estar aqui ou em qualquer outra Faculdade de medicina. As pessoas não têm a dimensão dessa grandeza” (Aluna 1 do primeiro ano).

Ambição financeira

A aluna do terceiro ano fala sobre isso:

“Acho que são pessoas egoístas. Porque, sei lá, uma característica que tem sempre em todas elas é... nem sempre, mas a ambição da vida delas é ser rico, trabalhar pouco, curtir a vida e pronto, acabou. Sei lá, pelo menos é que o me falam. Não que eu conheça tão a fundo essas pessoas, mas o discurso e a postura delas fala isso. É meio o que eu falei aqui, das pessoas que têm uma atitude meio preconceituosa. (...) As pessoas que fazem medicina e engenharia têm muito mais ambição financeira que ambição ideológica” (Aluna 7 do terceiro ano).

Preconceitos

O caminho que vai do não respeito à diversidade ao preconceito parece ser bem curto, com diz a aluna do terceiro ano:

“Tem um pessoal da minha sala que é muito preconceituoso. Eu não sei se eles são de verdade, ou se eles tratam de uma maneira jocosa certos assuntos que eu acho sérios, sabe? E eu não gosto dessa atitude. Só que as pessoas falam tanto, e de um jeito

tão extremista sobre raças, sexualidade, essas coisas. Pobre é sempre negro, e negro é bandido; negro não sabe de nada, essas coisas” (Aluna 7 do terceiro ano).

Alienação

Para os que a levam a sério, a Faculdade seria bastante puxada, e o contato com a realidade das pessoas muito impactante. Mas o que surpreende a aluna do primeiro ano é a forma emocionalmente (e institucionalmente) alienada com que se dão essas vivências:

“Tem que haver exigência no ensino? Tem, mas talvez devesse ter um conforto também. Deixar claro que você é frágil e que todo mundo tem fragilidades, todo mundo erra, todo mundo tem sentimento, sente medo... Porque aqui você não pode: você não pode sentir medo, você não pode ficar triste... Você não pode sentir nada, você é um robô que vai e faz. Você tem que fazer. Tem que ser muito forte; muito forte. E nisso você cria uma armadura inteira, que por dentro é um queijinho suíço. Tem um monte de fragilidade. Assim, eu vejo essa molecada dando os escapes... É muita loucura! Em algum lugar tem que extravasar, não é? Claro que você sente medo, sente dor, sente um monte de coisas. ‘Meu’, não é fácil! Não é fácil entrar no ambulatório e ver criança amputada! É triste! A realidade que a gente vive aqui é muito triste. Eu acho que você não vai chorar cada vez que vir aquilo, mas não dá para ver quinze vezes e achar que é normal. Ver criança cega, criancinha careca saindo daqui, ‘meu’! É triste; é pesado. Isso eu acho violento. Lidar com a dor já é uma coisa violenta porque talvez eu não saiba lidar com a minha própria; como então lidar com a dos outros? Como passar por cima de um monte de coisa que eu não resolvi, para resolver para o outro?” (Aluna 1 do primeiro ano).

Competitividade

É unânime a constatação de que os alunos são muito competitivos. Na fala do aluno do sexto ano:

“Vão se formando alguns grupos, não muito no começo, mas já no final do 1º ano, do 2º ano, você vê que todo mundo é competitivo. Nasceram competindo e estão aqui competindo. Todo mundo vê que um vai ser concorrente do outro. Apesar de cada um ir fazer uma especialidade e serem colegas, um indicar para o outro. Então as pessoas se juntam em grupos, mesmo as que não querem se juntar acabam sendo obrigadas a se juntar, acabam nas ‘panelas’. As suas relações não são muito verdadeiras às vezes. Muita gente acaba querendo ferrar o outro para passar na frente” (Aluno 16 do sexto ano).

Também na fala de outro aluno do sexto ano as relações entre alunos são percebidas como frias e distantes, talvez pela competitividade exagerada:

“Na nossa Faculdade as relações são bem frias, não acho que são relações muito boas. (...) Acho que tem muita competição: quem tem a melhor nota, a melhor média ponderada, quem é o melhor da turma. Tem esse tipo de competição. E tem outro tipo de competição: Ah eu faço parte do Centro Esportivo. Eu faço parte do Centro Acadêmico, então não vou mais falar com quem não é de lá. Eu acho isso ridículo” (Aluno 19 do sexto ano).

A aluna do primeiro ano analisa assim esse fato:

“A competitividade aqui é uma loucura! É fora do normal! Tem que ser o melhor em tudo. Você não pode jogar futebol pra se divertir, você tem que jogar futebol e ser melhor que outros times. É uma doença. É uma obsessão. E acaba que você não pode simplesmente se divertir. Então você na festa não vai pra se divertir, vai pra beber até cair. Você não vai namorar, você vai transar loucamente no bosque e todo o mundo vai ver que você está no bosque... As coisas não são só: Vou curtir. Não existe isso

aqui. É muito difícil achar uma pessoa que consiga lidar com essa pressão” (Aluna 1 do primeiro ano).

Superficialidade

Os alunos seriam pessoas abarrotadas de afazeres, mas sem muita crítica, reflexão e aprofundamento sobre o que fazem. Na fala da aluna do terceiro ano:

“E eu não sei por que as pessoas têm essa vontade de fazer tudo rápido, tudo depressa, tudo malfeito. Ou fazer coisas demais e não se preocupar com a qualidade. Eu vejo isso muitas vezes nos alunos: todo mundo quer fazer tudo, abraçar o mundo. Eu sou um pouco assim, mas eu tento me controlar. Sei lá, quando eu vejo que eu não estou conseguindo, eu saio. Mas querem abraçar tudo e deixam a desejar tanto na qualidade do que estão fazendo em relação ao outro quanto no aprendizado que elas próprias poderiam estar tirando de uma situação. Acho que as pessoas nem devem ligar para isso, mas eu vejo muito assim. Eu estudei em escola construtivista, desde a primeira série até a oitava. Então, eu tenho outro jeito de ver (...). Eu aprendi a sempre perguntar muito, ir atrás e discutir. Discutir extensivamente” (Aluna 7 do terceiro ano).

Vários alunos disseram que a maioria deles, independentemente do ano de curso, seriam pessoas limitadas, pouco reflexivas, imediatistas. Para estes, o que os aproximaria seria o utilitarismo das relações, seja pelas dificuldades, seja pela construção do currículo pessoal.

Como diz a aluna do terceiro ano:

“Eu acho que as pessoas aqui não querem discutir. Às vezes, elas acabam falando assim: Não, esquece. Vamos fazer outra coisa, porque isso é chato, eu quero falar besteira, não quero discutir uma coisa séria. Não sei se é aqui da Faculdade, ou se é uma coisa da Faculdade de medicina, acho que não. Acho que é da nossa geração” (Aluna 7 do terceiro ano).

O aluno do sexto ano endossa, comparando com sua experiência prévia em uma Faculdade de outra área:

“Essa é a diferença da Faculdade de Medicina, o objetivo é só o ensino de medicina. Essa parte universitária de discussão de pensamentos acaba sendo pouco. Essa é a impressão que eu tenho, depois desses seis anos. O grande foco aqui é estudar medicina, não é construir um pensamento mais global. Acho frustrante” (Aluno 18 do sexto ano).

Isolamento e individualismo

Os alunos dizem fazer grandes amizades na Faculdade (algo que de certa forma aconteceria com quase todos), mas que tirando esses grandes amigos, a maioria das pessoas estariam preocupadas apenas consigo mesma e no que se refere ao outro, envolvidas com fofocas, intrigas, difamação. Desta forma, também não seriam capazes de se organizar para reivindicar mudanças no coletivo. Na fala do aluno do sexto ano:

“As pessoas são acomodadas e não se organizam para reivindicar melhorias. Ao contrário tentam saídas individuais ou burlam. O interno prefere se fazer de vítima e reclamar do que aproveitar melhor os espaços institucionais para falar, por exemplo os fóruns e a avaliação das disciplinas. São pessoas individualistas, metódicas, têm objetivos bem definidos e são determinadas. Interiorizam suas angústias em silêncio, não falam sobre elas e se isolam emocionalmente. (...) E isso eu vejo muito, principalmente nos profissionais médicos não há união para a cobrança. Há mais união para uma defesa do que para cobrar melhores condições” (Aluno 16 do sexto ano).

Tampouco seriam pessoas capazes de buscar ajuda para problemas emocionais, o que denotaria atitude de distanciamento frente às próprias fragilidades, tanto do *eu* em

relação ao coletivo, quanto do *eu* em relação aos limites mais íntimos da sua sensibilidade. O mesmo aluno do sexto ano:

“Eu vejo que muitas pessoas engolem as suas angústias e interiorizam demais. Eu já não tenho isso; eu costumo compartilhar com a pessoa que está próxima, e isso, para mim, pelo menos, é uma forma melhor de eu lidar, que acaba trazendo uma solução para o problema. E eu vejo que com as outras pessoas não acontece: algumas pessoas interiorizam, outras pessoas não falam, se fecham. Outras pessoas acabam tendendo a uma coisa meio solitária, que eu vejo muito no estudante de Medicina, e eu já não me vejo assim” (Aluno 16 do sexto ano).

Envolvimento profissional

Na fala de um aluno do quinto ano observa-se um ponto de vista singular, nesta pesquisa. Para ele, por algum processo misterioso, as pessoas depois de formadas seriam bons médicos independentemente da sua vida de estudante:

“Eu não sei, é uma profissão que... Eu percebo isso: o pessoal se cuida muito pouco, mas tem uma capacidade de se entregar para o outro de uma forma impressionante. E tem pessoas que você vê no Centro Esportivo ou você vê em outras ocasiões e você fala: ‘Meu’, aquele cara vai virar médico? E de repente é um excelente profissional. Então você acaba pensando... É engraçado porque você vê a evolução de todos, sabe? Na turma, tem gente que se voltou mais para o Centro Esportivo, tem gente que se voltou mais para o Centro Acadêmico, ou para o Departamento Científico. E a conclusão que você chega ao final do curso é que você não pode julgar, ninguém nunca chega a conhecer realmente todo mundo, porque as pessoas se transformam muito e... Espero que seja assim também com os praticantes da violência” (Aluno 13 do quinto ano).

A fala de uma aluna do sexto ano difere da fala do aluno acima. Ela percebe, entre os colegas, alunos pouco interessados e desleixados que, conforme a conveniência, tornam-se competentes. Inclusive, faltariam com respeito ao paciente por não assumirem suas responsabilidades. Muitos não gostam de pacientes e pelo menos quando são maduros admitem isso e largam a profissão ou vão para áreas menos clínicas. Ao encontro desta aluna, a fala de outro aluno do quinto ano:

“Tem dois tipos de aluno ruim. Classificando os alunos ruins: tem o ruim que está pouco se importando com o paciente, o cara está lá para resolver o negócio, pra aprender e sair de lá com o título. Tem áreas da medicina que isso acontece mais, têm áreas que acontece menos. Na pediatria isso é raridade; na cirurgia isso tende a ser a regra. E tem o cara que até se importa, mas ele dá patada, ele se comunica mal; às vezes, o cara nem quer ser assim, mas ele não tem capacidade de alcançar o outro sujeito” (Aluno 10 do quinto ano).

2. O outro

Os *outros* que fazem o céu e o inferno de cada um.

Talvez a noção senso comum que temos quando falamos em sujeito seja da pessoa com seus desejos, no pleno gozo dos seus direitos civis, capaz de fazer escolhas e responder por elas.

Aprofundando, a pessoa seria entidade dotada de um corpo com predicados físicos e psíquicos, com capacidade de se designar, falar sobre si mesma. Seria assim uma entidade privada que surge do processo de individualização (Ricouer, 1991). O caráter de uma pessoa seria o conjunto de atributos “duráveis” que identificam uma

pessoa, junto com as identificações adquiridas que dão estofo à identidade (valores, normas, modelos, outras pessoas).

Mas a pessoa também pode ser definida, segundo o mesmo autor, como posição em relação a si mesma e aos outros. Entenda-se aqui posição como lugares definidos por regras (psicológicas e sociais) que determinam relações entre os elementos presentes em um contexto, sendo a pessoa o ser que detém o caráter e o sujeito a função de sua enunciação. A pessoa e o sujeito, não coincidem, mas guardam relação estreita e se definem de forma reflexiva.

Tanto na perspectiva da linha filosófica quanto psicanalítica adotadas neste estudo, o sujeito se define na relação com o *outro*, como já mencionado.

Na perspectiva de Ricouer (1991) o *outro* se imiscui na constituição da essência que se individualiza e se presencia no mundo como *eu*. Com o auxílio do *outro* com quem se firma, contrapõe-se, acrescenta-se, enfim, confirma sua identidade, o *eu*, por meio do sujeito, se atribui sentido. Entretanto, o fato do *outro* ser um existente que antecede a experiência, não retira as impressões que causa: o *outro* me percebe diferente dele como eu o percebo e ambos não temos um ao outro como objeto interno, ou do nosso pensamento. O *outro* seria o não *eu*, uma consciência externa à minha, mas nas mesmas condições de sujeito.

Nesse sentido, Levinás (2009) radicaliza a experiência da alteridade, que nessa externalidade é vivida como profundamente traumática. A alteridade, o absolutamente *outro*, o radicalmente *outro*, cuja convivência só será possível mediante uma ética (citada anteriormente neste trabalho e que será retomada adiante). O sujeito como respondente a essa alteridade ganha autonomia que vem do seu encontro com o *outro*.

Na psicanálise de linha lacaniana, o sujeito e o *outro* também são pensados como lugares ou funções (Cabas, 1982), sendo que o *outro* antecede o sujeito e lhe

permite a existência. É a partir do *outro* (o primeiro da constituição psíquica, ou o *Outro*, e depois os *outros* ao longo da vida) que o sujeito se constitui e se define reflexivamente.

Nas cenas observadas, ou que foram relatadas por professores e alunos nas entrevistas, há vários “outros” que ocupam lugares e exercem funções nas relações intersubjetivas, e participam da construção da identidade médica, ou do modo de ser médico que, acreditamos, se expressa no encontro (ou desencontro) clínico.

2.1 O outro como semelhante: a fraternidade vestida de branco

Na narrativa de professores e alunos aparece o *outro* igual, o colega médico, ou colega estudante de medicina. Só médico para entender médico, é um sentimento que começa cedo, sustenta-se ao longo da vida e percorre os ambientes e discursos observados ou narrados. Precisamos uns dos outros para nos proteger e ter ajuda nas horas difíceis. Na observação, a ideia de cuidado entre pares, e o gesto solidário entre colegas médicos são manifestações recorrentes, nas falas e comportamentos nos quais fica expresso que os iguais se apoiam, se unem e se distinguem dos demais.

Entre os alunos, a afinidade e a semelhança identitária são os principais critérios de reconhecimento do *outro* e escolha para os relacionamentos de caráter afetivo como a amizade e a formação de grupos de trabalho para o Internato. Vários alunos disseram que apesar das relações serem frias e pouco confiáveis, o que aproxima os alunos entre si é a afinidade e, assim, são feitas boas amizades na Faculdade. Nesse sentido é comum o sentimento de que nas horas difíceis haverá alguém para ajudar. São vários os relatos de ajuda entre alunos para as mais diversas situações: em caso de doença, de acidente, para resolver problemas pessoais, para amparar uns aos outros nas dificuldades do curso, na relação com os professores.

O convívio entre eles é intenso e as situações vividas estressantes — o que exigiria parcerias para suportar essas adversidades. A fraternidade branca, que começa no primeiro ano e segue pela vida a fora, seria menos corporativismo e mais empatia entre pares. O relato da aluna do primeiro ano:

“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, marido, tio por que 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. Tem coisas que, realmente, você tem que criar um bloqueio porque senão você não aguenta. Não aguenta mesmo” (Aluna 1 do primeiro ano).

A aluna do quinto ano tem experiência semelhante:

“Eu fiz grandes amigos aqui na Faculdade e que eu não esperava. Eu achava que o ambiente ia ser de bastante competitividade, e é, mas também é possível fazer amigos. Foi a grande surpresa para mim. Acho que pelo fato da gente passar situações muito delicadas aqui, a gente acaba tendo que compartilhar com alguém e... Acho que as pessoas de fora não entenderiam tanto quanto quem vive aqui na Faculdade de Medicina. Acho que são pessoas que marcaram a minha vida e vão ficar por muito tempo sendo meus amigos” (Aluna 14 do quinto ano).

Outro aluno do sexto ano fala assim:

“As situações limites que você vive aqui acabam te unindo mais às pessoas (...) Situações de sofrimento com paciente, situações de morte, situações de decisão que você... Ou mesmo de insegurança, não é? Eu acho que é o mais comum de toda Medicina, você não sabe o que está fazendo e o simples fato de estar acompanhado de

um colega que também não sabe o que está fazendo... Ou seja, os dois se unem e pensam juntos...” (Aluno 18 do sexto ano).

Não só no que se refere às dificuldades, mas o laço entre médicos se dá desde situações bem cotidianas como conta este aluno do sexto ano:

“Outro dia um amigo meu jornalista ligou, disse pra mim: Olha, vamos sair sábado? Eu falei: Vamos. Aí falei assim: Só que estou pós-plantão de sexta, noturno. Tudo bem. Aí ele me ligou meio-dia: E aí, já acordou? Não. Eu ainda estava embalando... Aí o pessoal da Medicina ligou às 7 da noite: E aí já conseguiu acordar? É outra postura. Entende? Eu não posso cobrar que um jornalista saiba o que é um plantão, ele não passou por essa realidade, e por azar um plantão que não deu pra dormir, então realmente eu estava cansado. A nossa postura é individual, mas na hora do aperto a gente se ajuda” (Aluno 16 do sexto ano).

Ou situações inusitadas como esta história de fidelidade entre médicos contada por um professor no ambulatório da Clínica¹⁶: o amigo de um médico morreu de infarto em um motel com uma garota de programa. Ela, então, encontrou na agenda do morto o telefone desse amigo, também médico, e ligou para ele contando-lhe o ocorrido. O amigo foi ao motel, pagou a moça, e levou o colega para o consultório dele para a família pensar que ele havia morrido lá, durante seu trabalho...

2.2 O outro como diferente: do não tão igual ao completo desigual

Estranhamento, ruptura, perplexidade, ou até mesmo embates com o *outro* aparecem nas circunstâncias em que ele afirma sua alteridade, ou quando não ocupa o lugar, nem cumpre a função de realizar o desejo do médico. Assim, o médico entra em disputas com o paciente que não quer se tratar, ou com a família que quer dar palpite no

¹⁶ Caderno de Campo, 20/9/07 - ambulatório.

tratamento do paciente, e mesmo com os colegas que não enxergam o caso como ele e fazem diferente. O *outro* diferente provoca desconforto.

Há também o *outro* que, além de diferente, comportar-se-ia como inimigo do médico. Nos momentos de descontração no ambulatório, quando professores e alunos começam a falar sobre vida de médico, ouvem-se muitas histórias sobre os perigos dessa profissão. Alguns falam dos riscos de processo e de golpes dos pacientes, ou de pessoas dos serviços, contra os médicos. O médico precisaria ficar atento para não ser vítima de falcatriuas daqueles que não são médicos.

O paciente como o *outro* diferente que incomoda é também aquele a quem falta educação no trato com o médico (além da falta de respeito, falta de consideração e abuso). Por exemplo¹⁷: o interno conta o caso de uma paciente que começou a consulta tratando-o pelo primeiro nome, sem o Dr. Depois começou a exigir exames e atestados e tratando-o sempre como um empregado seu. A professora não teve dúvidas, falou com a paciente dizendo-lhe para tratar o seu médico por Dr. e que seriam feitos os procedimentos considerados adequados pelos médicos. Quando a autoridade médica é atacada pelo paciente, o médico responde à altura, sustentando um campo de tensão entre os dois.

Ainda assim, os alunos vivenciam situações bem mais desprotegidas com pacientes rebeldes, com os quais a comunicação é difícil e que marcariam seu aprendizado como conta o aluno do sexto ano:

“Chegou um paciente no pronto-socorro de cirurgia com uma facada no esterno, desacordado, bêbado, mas acordou rápido. Estava meio zureta. E daí, facada... Depois de explorar: A gente vai fazer uma anestesia para fechar./ Não, quero sem anestesia porque eu sou macho! E o cara brigando que não queria. Eu vi que ia

¹⁷ Caderno de Campo 23/10/07 - ambulatório.

dar complicação, aí fui chamar reforço (residentes) para tentar me ajudar. Daí o paciente fugiu. Imagina? Você correndo atrás do paciente com um corte... Sem suturar! Daí ele voltou porque o segurança não o deixou sair. Pô, o cara está sangrando. Você liberou, doutor? Eu não liberei, ele que fugiu. Daí você tem que conversar: Você tem que suturar. Não, não tenho. Isso aqui eu resolvo sozinho, sempre tomo umas facadas. Não, você tem que... senão você vai ter uma infecção, pode até pegar infecção de osso, dá uma coisa pior, pode até morrer Ah, que eu morra! Minha vida é uma merda... Daí você fica naquela relação médico-paciente, tentando convencê-lo de que você está correto. Dificilmente você fala que aquilo que você quer é o correto, antes você tem que entrar num consenso. Mas num caso desses, não tem muito consenso, não é? Consenso é suturar a ferida, aí você conversa e fala... Eu acabei conseguindo suturar o cara, ele deixou. Porque eu acho que você forçar o cara a fazer uma coisa que ele não quer... Acho que é uma discussão meio longa” (Aluno 19 do sexto ano).

As escolhas dos pacientes quando diferentes dos médicos, em geral, não são bem-vistas. No corredor da enfermaria de Cirurgia Geral, um residente do quarto ano chegaria e perguntaria se o paciente que ele esperava para operar já havia sido internado. A residente do primeiro ano respondeu que ele não viera. O residente gritou no corredor: *“O desgraçado não veio? Tem medo de tudo, daqui um tempo vai aparecer aqui com um tumor gigante e aí nós vamos ver...”*¹⁸.

Chamou a atenção um professor de Cirurgia do “médio escalão” que conduziu uma visita bastante diferente das demais. Passava pelos leitos, conversava com os pacientes, conhecia a maioria dos casos e os discutia no corredor. Tratava-se de um assistente jovem, muito comunicativo e inteligente. Junto a um leito, ele disse *“Antes da gente começar a falar eu já avisei a ela (paciente) que não se referia ao seu caso a*

¹⁸ Caderno de Campo, 29/01/08.

nossa discussão, e que era uma aula por que estamos ensinando medicina para os alunos”¹⁹. Mostrava legítimo interesse pelos pacientes e muito conhecimento médico também, uma soma que o destacava dos demais professores. Esse mesmo professor durante a discussão de um caso dizia aos alunos que é importante ouvir opiniões diferentes porque elas trazem elementos novos que sozinho não se consegue ver.

Alunos e professores também se veem como diferentes. Aos olhos dos professores, os alunos apresentariam diferenças em relação aos alunos que eles próprios foram que mostrariam as transformações dos valores contemporâneos que repercutem na identidade profissional das diferentes gerações de médicos.

São diferenças quanto ao grau de envolvimento e dedicação com a profissão:

Professor 1 de Clínica: *“Primeiro porque a tendência atual dos médicos que se formam e fazem Residência é um pouco diferente, quer dizer, eles querem retorno financeiro rápido sem o comprometimento com estas questões absolutamente intrincadas (da relação médico-paciente), sem plantões e com uma qualidade de vida boa. Então o que significa isso? Nada contra. Ganhar dinheiro não é pecado, isso é um dogma que precisa ser tirado da medicina. O sacerdócio, quando se fala, é daquele outro aspecto (da disponibilidade ao paciente vinte e quatro horas por dia e do envolvimento), e não do dinheiro. Ter qualidade de vida é fundamental — é o que a gente prega para os nossos pacientes. Então não é criticar que os alunos pensem assim, mas como equacionar tudo isso é que não sei”*.

Quanto ao seu lugar junto ao paciente em relação à instituição:

Professora 3 de Clínica: *“Eu lembro que o professor na cirurgia mandava a gente aspirar, trocar sonda e hoje os internos dizem: Isso não é minha função. Imagina! Quantas vezes eu não empurrei maca? A gente que controlava a nitro... Tudo*

¹⁹ Caderno de Campo, 30/01/08.

bem que era falta de pessoal, falta de tecnologia de bomba de infusão. Não interessa, era a falta que a gente tinha naquele momento e a gente fazia. Fazia pela pessoa, não pela Instituição. Hoje pode ser que eles não tenham falta disso, mas no que tiver falta, eles também não vão fazer se não for função deles. Então isso eu noto... ”

Quanto aos objetivos profissionais:

Professora 3 de Clínica: “Eu vejo muita diferença entre os internos de antigamente e os atuais, quando você pergunta, principalmente na tutoria e também na escolha da especialidade: Por que você resolveu fazer medicina? A maioria acaba sempre tendo um motivo financeiro. É uma coisa que eu fico impressionada. É muito forte. Coisa que não era. Eu não fui ser médica porque queria ser rica, não. (...) Então isso eu acho que mudou, mudou demais; até pela procura de quem quer ser médico, eu acho que não entra mais como objetivo o doente, entra como objetivo a qualidade de vida, ganhar de dinheiro. (...) Porque quando a gente entrou, na nossa turma, eu acho que alguns queriam ser grandes cirurgiões, ganhar dinheiro e tal, mas acho que eu via na maioria uma coisa mais pura, que eu não vejo mais nos alunos de hoje em dia. Eu não sei onde isso se perdeu, acho que perdeu antes da escolha. Não sei se foi a sociedade brasileira, que do jeito que está, fez as pessoas optarem por aquilo que elas podem ganhar dinheiro. Eu não sei, eu não sei onde a coisa se perdeu.”

Quanto à escolha profissional:

Professor 2 de Clínica: “Na minha época, os melhores alunos escolheram clínica, e agora os melhores alunos escolhem oftalmo, que é coisa que vai dar dinheiro. Quem vai fazer clínica, geralmente, é o cara que é meio ruinzinho, nunca foi bom em nada, meio mau aluno. Eu notei que até, às vezes (não são todos, mas eu já peguei uns assim) tem o perfil de ser um cara que não tem confiança em si mesmo, se acha meio ruim, é meio humilde demais — esse vai fazer clínica.”

Quanto à atitude junto ao paciente:

Professora 3 de Clínica: *“Eu não sei. Se você me perguntar assim: Como fazer um aluno mais humano? Eu não sei, porque vem do que ele foi formado desde o início. Por exemplo, se você pegar na nossa turma, o A é um excelente técnico profissional; do ponto de vista humano ele é zero! Ele foi do meu grupo no internato e eu posso te dizer! Ele não tinha prurido nenhum em fazer experiências com os doentes, já naquela época era antiético. Agora eu posso dizer talvez que o número de As está maior, não que não tenha aqueles humanitários, porque eu vejo alguns alunos que são dez! Você vê que o cara é um mediquinho já no quarto ano. A postura com os doentes e com os colegas, de escutar e ajudar, então você já percebe aí. Mas eu acho que a porcentagem de A está aumentando e a porcentagem de outros mais humanitários está diminuindo”.*

O comportamento mais desleixado e, às vezes, inconveniente dos alunos nas salas de aula e enfermarias é apontado como problema pelo professor de Cirurgia que entende a atitude como um aspecto importante do ser médico:

Professor 4 de Cirurgia: *“A postura do médico, na minha visão, é muito importante. Eu acho que o médico não precisa ser uma pessoa sisuda, de forma alguma! Mas, tem locais para ele brincar. Ele é uma figura pública, que tem que se preservar. Ninguém precisa ser rígido. Em determinados momentos a gente pode fazer brincadeiras entre a gente da medicina. Eu acho que rir é bom para todo mundo, mas tem o seu lugar. Isso não pode ser, às vezes, num corredor, onde estão outros pacientes, não é? Dar uma gargalhada... Quer dizer... Acho que a gente tem que tentar ter esse decoro. Eu penso assim. Vestir-se adequadamente, falar adequadamente, transmite seriedade e respeito ao paciente”.*

Por outro lado, o tratamento ao paciente pareceria adequado, ainda que por razões não tão nobres quanto o zelo ao paciente:

Professora 3 de Clínica: *“Os alunos costumam tratar muito bem os doentes, eu acho que pouquíssimas vezes eu ouvi aluno gritando. E também se for pegar o caso pontual o doente desafiou o aluno, sabe? O doente provocou... Então, teve isso de alunos perderem a paciência, mas são coisas realmente que acho que dá para contar nos dedos. É aquilo o que eu te falei: se é por eles, ou se é pelos doentes, se é porque eles querem ser bem avaliados, ou se eles têm medo que os doentes reclamem na ouvidoria”.*

Quanto ao comportamento imaturo e adolescente:

Professor 4 de Cirurgia: *“Então, o comportamento dos alunos na aula teórica, eu penso... Puxa, mas quando eu era aluno, eu vinha para aula e ficava quieto. Imagina que eu entrava comendo na aula. Acho que dentro da sociedade cada vez mais a gente está prolongando a adolescência deles. Às vezes, eu entro para dar uma aula no quarto ano, parece que estou entrando numa sala de cursinho, e não que eu tenha algo contra o cursinho! Mas, eles são alunos que estão se formando para ser médicos. Então, o que eu falo Olha, tudo bem! Eu posso ser antiquado, mas assim de bermuda não dá pra você atender. Porque o nosso padrão cultural não é esse!”.*

E supostamente mimado, por que haveria confusão entre direito e privilégio:

Professor 2 de Clínica: *“Esse bando de mimados! A molecada do sexto ano é uma piada! Tenho descanso pós-plantão, porque eu me canso muito. Eu não vou dizer que não está certo. Tem coisa que está certa. Eu acho que descanso pós-plantão é certo. A gente passou por muita coisa desumana, a gente encarou certos ritos de iniciação como sendo uma coisa normal, e que não são normais. Você não pode massacrar o ser humano. Mas isso gera um efeito colateral que é você criar mimados. É um bando de gente que acha: O mundo deve estender um tapete para eu andar sobre ele, porque eu sou jovem. Eu sou o futuro do Brasil e tenho que ser bem cuidado”.*

Entretanto quando se cobra do aluno atitude mais madura, eles correspondem:

Professora 4 de Clínica: *“Olha, todo o aluno que passa por mim é como se fosse um filho. Você sabe dos defeitos e das virtudes, e não precisa deixar de amar o seu filho. Então, existem as particularidades e existe o todo. Os alunos daqui são mais rápidos; eu acho que aqui tem uma seleção natural. E os alunos daqui, na hora em que você vai dar uma aula, você percebe que eles acham que você vai dar aula por obrigação. A maioria, alguns não. Se eu vou dar a mesma aula fora, eles vêm desesperados para aprender. Aqui, tenho que pedir silêncio quarenta vezes, uma parte faz silêncio, outra parte, não; o cara lá de cima já tirou o sapato, já botou o pezão na orelha do outro; o outro está mascando chiclé; o outro sai na metade da aula, enquanto você fala, na sua frente. E isso não acontece fora – apesar que fora são aulas pontuais, não são aulas rotineiras. Isso é uma parte pequena da turma, e que dá uma impressão como um todo. Mas a maioria da turma fica e participa. Mas, às vezes, eles perdem um pouco o pé. Por exemplo, uma vez, fomos dar uma reunião anátomo-clínica. Aí, entrou a Dra. M com a patologia, a necro. E eles estavam muito cansados; era uma sexta-feira já era umas 16:00, 16:30. Eu falei: Acho que não tem sentido a gente não ver a necro. O ápice da aula é a necro. Aí, a Dra. M falou assim: Ih, estou vendo que vocês estão um pouco cansados. Vocês querem ver a necro mesmo, ou não? Ela brincou. Aí, um menino lá da frente falou assim: Ó, professora, nós estamos cansados mesmo. Se você quiser, então, deixa para lá. Ele não percebeu a importância daquilo. Ele não fez por mal. Aí, me subiu o sangue, e eu falei assim: Gente, essa atividade que eu faço com vocês, eu faço também com alunos de fora, por computação, para o Brasil inteiro: Universidade Federal da Bahia, Maranhão, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Mato Grosso, Rondônia. Eles pagam uma nota preta para ter isso aqui que vocês têm. Agora, o mais importante não é isso. O mais importante é que eu vou ficar para ver, sai quem*

quiser, não vai ter frequência. Porque eu tive já alguns doentes que tiveram isso que essa senhora teve, e que faleceram. E eu não tive como aliviar o sofrimento. Eu quero agora ver como eu vou aliviar dos próximos pacientes que eu encontrar com isso daqui. Então, não vou sair daqui nem a pau; eu quero ver isso aqui! Porque o próximo que eu pegar, eu quero ver se eu consigo aliviar pelo menos um pouco esse paciente que vai estar na minha mão. É uma doença muito grave, muito triste; o doente sofre muito. Eu quero ver se a Dra. M me dá uma luz aqui para ajudar com os meus doentes. Quem quiser sair, por favor, saia; mas fique quem quiser aprender junto comigo, porque vocês hão de ter alguém desse jeito na mão de vocês sofrendo. Pode começar, Dra. M. Ninguém saiu. Quando terminou a aula, eles bateram palmas para a Dra. M. Então, eu quero mostrar que o mesmo grupo que falou que não queria assistir, adorou no final: ficaram, bateram palmas. Não foi pelo que eu falei, mas pelo que eles aproveitaram perante o material que estava sendo oferecido, e que eles não tinham nem ideia daquele material”.

Quanto à atitude junto ao professor:

Professor 2 de Clínica: “Tem gente que, tudo bem, o cara faz um curso de didática: como lidar com essa juventude graciosa. Ah, eles são assim mesmo. Na televisão a gente vê que todas as psicólogas sempre têm a resposta da forma mais correta de como agir. Eu vou te contar, estou fora. Às vezes, como diz um amigo meu aqui, parece que a gente não é mais desse mundo. Eu não sou mais, tem coisa que eu estou fora”.

Professora 3 de Clínica: “Sabe uma coisa que eu percebi? Os alunos falam que eu sou bem-humorada, então normalmente eu dou liberdade para fazer piadinhas. Mas eu noto que eles têm mais liberdade do que a gente tinha, entendeu? Eu noto às vezes que eles são mais mal-educados do que nós éramos. Vou te dar um exemplo. Há uns

dois meses eu discuti um caso de diabetes com uma residente, por sinal uma excelente residente, e era um diabético gordo que não sabia que estava diabético e descobriu que estava com 300 de glicemia, aí ela falou: Vamos medicar. Eu falei: Não, o cara fazendo dieta, emagrecendo um pouco, o cara vai. Ah, Não. Mas no Guideline fala que acima de 250 tem que utilizar. Respeito o Guideline, mas não é só a medicina baseada em evidências, existe experiência. Em termos de diabetes eu tenho experiência bastante, e falei para ela: Vai tranquila. Manda ele fazer dieta, daqui uma semana ele volta, daqui uma semana nós vamos ver como ele vai estar, ele está em alguma emergência para insulinar? Não, não está. Então, faz, uma semana. De fato, em uma semana o cara voltou, uma semana só fazendo dieta já estava 170. Então eu falei: Você viu? Eles têm o Guideline na mão e acham que médico mais velho não sabe de nada na vida, eles esquecem que existe uma coisa que é a experiência”.

Na conclusão de sua fala: *“Quando tinha dúvidas, era mais respeitosa, mais educada. Mesmo porque é que nem eu falo, não é porque ela é jovem, que também não pode me ensinar coisas, mas espera um pouco, tem coisa que foi aprendida na minha caminhada, que tem que se respeitar, mas tem vezes que debocham da sua conduta, ou você escuta: Que bobagem. Calma! O que eles criticam agora, provavelmente depois vão fazer. Mas eu noto que eles te tratam de igual para igual. Isso eu também noto nos outros adolescentes, eles te peitam mais. Na minha época não era assim, eu até discordava, mas discordava de uma maneira educada”.*

Já para os alunos, o professor é diferente deles, mas não o diferente que se observa no encontro de subjetividades já mais amadurecidas no que se refere à constituição de sua identidade profissional como acontece na percepção de diferenças apontadas pelos professores. Na visão dos alunos, os professores são referências e

modelos, ou seja, matrizes de “identidade potencial” tanto para o médico que desejam ser quanto para o que menos querem na vida.

O aluno do segundo ano diz:

“Eu acho que porque agora eu fico muito confinado (dez horas por dia na Faculdade) as pessoas próximas de mim, a referência que tenho são médicos. Então fico muito mais fechado nesse mundo do médico. Mesmo para ter um referencial de que tipo de profissional quero ser. Porque a diversidade é absurda. Você vê médicos da conduta mais deplorável possível até a mais louvável. E acho que você entra meio perdido e tenta se guiar pelas referências” (Aluno 3 do segundo ano).

A aluna do sexto ano conta um mau exemplo vindo de um professor de Bioética, disciplina do grupo das “humanidades médicas”:

“Eu acho que na medicina a gente aprende muito por... Não copiar, mas ver exemplo, seguir exemplos. (...) Você vê um tipo de médico que até gostaria de ser e um que você definitivamente não gostaria de ser. Eu acho que é assim: você vendo um pouco como aquela pessoa conversa, tendo uma conversa com você, você aprende por aí. Existem professores, pessoas que eu vou levar como exemplo, como mestres para o resto da minha vida. Nem que eu nunca mais os veja, nunca mais tenha contato, eu vou sempre lembrar. Agora, existem pessoas que infelizmente gostaria de esquecer. (...) Por exemplo, é absurdo até, mas eu vou falar. Foi no fim do ano, estava fazendo um estágio na Dermatologia, e quem estava dando aula de Bioética era um cirurgião plástico, estava lá para fazer a discussão. E a Bioética é das disciplinas humanísticas. A gente começou a conversar de pacientes de ‘dermato’ e ele começou a fazer comentários da estética das pessoas, dizendo: Ah, porque aquela ali... Um exemplo que ele deu sobre uma residente: Ela é uma pessoa legal, mas ficou gorda agora, não é? E não sei mais o quê. O cara foi dar aula de Bioética. Isso é ética?” (Aluna 17 do sexto ano).

Um bom exemplo, para o aluno do sexto ano foi um professor da Cirurgia Geral:

“Tem alguns professores que me inspiram, que eu chego em casa e falo: Ah, se eu fosse metade do que fulano é como médico, eu já ficaria muito feliz. Por incrível que pareça, é um cirurgião. E eu não quero ser cirurgião. Mas é um cirurgião com sensibilidade, me chocou muito, me tocou. Aquela visão, que o cirurgião vai lá corta o baço e joga na sua cara, isso não existe na verdade, é muita lenda... Mas este em particular é o oposto, ele ia e conversava com o paciente. Eu falava: Gente é um clínico esse cara, ele está no lugar errado. E não, ele é um cirurgião, e falava: Agora vamos para a parte mais legal que é a cirurgia. Sim, ele curti, mas ele também sabia que era fundamental conversar. E eu falava: Deus, se eu fosse metade do que ele é... eu estaria muito bem” (Aluno 15 do sexto ano).

Os professores também são vistos como pessoas não muito interessadas no ensino, principalmente na visão dos alunos dos primeiros anos, que ainda não tiveram disciplinas dadas em pequenos grupos.

“Mas, eu não sei, a impressão que tenho é que os professores jogam matéria sobre você e te fazem perder muito tempo, apresentando uma aula ruim, que, acho, eles muitas vezes não querem dar porque talvez a pesquisa no laboratório esteja mais interessante, e realmente acredito que esteja. Então eles montam uma aula ‘meia boca’ e dão. Ou convidam um professor “X” que vai dar aula e não está com vontade de estar lá, mas te cobra presença e te dá uma prova no final da aula. Eu poderia muito bem fazer outra coisa. Eu acabo me indispondo muito com a matéria, muito” (Aluno 3 do segundo ano).

Na visão dos alunos entrevistados os professores mais próximos são os dos pequenos grupos, particularmente das propedêuticas. A maioria dos professores titulares seria distante, inacessível.

2.3. O outro como coisa: um não sujeito

O sujeito coloca o *outro* na condição de coisa (objeto inanimado) quando nele não reconhece vontade e desejo próprios, e com ele se relaciona fazendo prevalecer apenas a sua subjetividade, desconsiderando a do *outro*, ainda que com as melhores intenções.

Por exemplo, observamos em uma visita²⁰ na Clínica Geral que um paciente estava internado com uma doença grave, mas não queria ser tratado, queria alta. A Comissão de Bioética recomendou alta, fato que atestava a possibilidade legal da alta e resumia a questão ao aspecto ético intersubjetivo do médico com seu paciente. A questão, porém, dividia os médicos: alta ou tratamento, mesmo contra a vontade do paciente? A colocação da dúvida mostra-nos duas dificuldades dos médicos em cena, a de perceber que há limites em sua ação e a de recusar outra opinião ou outro desejo que não o seu próprio. Ambas têm relações entre si e neste caso não foi possível discriminá-las nos comportamentos observados, mas se a primeira indica que ter de fazer algo é o ético da situação, a segunda implica o fato de que realizar o ponto de vista pessoal do médico (como ele acha que a vida deve ser para o *outro*) é a ética em questão.

Se na Clínica, a delicada sustentação da subjetividade do *outro* aparece na dificuldade em se administrar desejos diferentes entre médicos e pacientes, na Cirurgia, ela desaparece com a coisificação dos sujeitos.

No modelo de ensino que nos retorna às telas do século XIX, o grupo de alunos e seu professor em volta do leito discutem o caso (ou seja, a doença que também é parte da história de vida do paciente) de uma maneira que transforma o doente em objeto de estudo e intervenção: o médico entra na enfermaria e dá bom-dia aos pacientes, sem

²⁰ Caderno de Campo, 12/4/07 - enfermaria.

olhar nos seus rostos, rapidamente a residente conta a história e o médico descobre o paciente 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, dirigir-se ao paciente. O paciente é um senhor idoso, de classe social baixa. Fico pensando o que estaria passando por sua cabeça... Pode ser até que esteja agradecido por estar sendo um objeto de atenção de tantos²¹!

Na mesma visita, o professor queria que um paciente de setenta anos se prestasse ao exame físico de uma hérnia inguinal na presença de um grupo de quase vinte pessoas. Esse paciente pediu licença para ir ao banheiro e se trancou (se escondeu) até que o grupo fosse para outro quarto. Antes, porém, outro paciente com o mesmo diagnóstico foi examinado dessa forma pública. Alguns alunos, por iniciativa própria, tiveram o cuidado de fechar a porta do quarto durante o exame.

O uso do paciente como objeto de estudo é apontado por um professor de Clínica como um antigo e ainda atual problema no ensino médico:

“De onde vem? Da antiga cátedra. É uma cultura medieval. Um pensamento medieval mesmo. Quer dizer, o paciente é objeto do ensino, é literalmente esta a afirmação: é o objeto do estudo, mas objeto, coisa. Portanto, aí pouco importa o paciente, importa o que eu posso tirar do meu ensino com ele. Isso ainda hoje é real”
(Professor 1 de Clínica).

A linguagem também revela a redução da posição de sujeito dos pacientes. A expressão “*dono*” do paciente, por exemplo, é bastante utilizada no lugar da palavra “responsável”, que seria o termo da linguagem que melhor evidenciaria a relação médico-paciente e não a posse do outro. Redução que chega até mesmo à matéria

²¹ Caderno de Campo, 28/01/08.

orgânica: durante reunião de estudo, a médica cirurgiã, contando sobre a realização de uma cirurgia, disse que tirou vários “*nacos*” e mandou para o exame anátomo-patológico. Seu superior hierárquico fez a correção: “*fragmentos cirúrgicos do paciente.*” A linguagem espelha o caráter grotesco e agressivo dos atos e da anulação do doente pela doença. A pergunta que fica é se tais médicos sempre foram pessoas meio duras, ou endurecem no contato massacrante com a realidade dos males e sofrimento durante a formação, ou foi o modelo educacional que moldou tal comportamento, ou ainda todas as alternativas anteriores?

A perda da subjetividade levada ao extremo faz com que o *outro* se torne invisível no discurso médico, e só retorne à cena quando se abrem os olhos para os aspectos subjetivos do tratar, como presenciado na observação de uma reunião clínica²² na Clínica Geral: a discussão do caso começou pelas inconsistências de clínica e laboratório, pelos detalhes técnicos, até que uma assistente, mais inconformada, recupera o cerne da questão: a imagem de uma paciente, uma pessoa, que estava muito doente e tudo o mais que essa situação envolvia. Fundamentava bem suas colocações, e mostrava preocupação em ser clara e didática para os alunos presentes e colegas, entretanto mobilizava: “*tem que fazer... tem que ver... tem que ir atrás... temos que chegar na doença de base que está matando essa paciente!*” Sua fala inquieta chamava pela preocupação com a vida da paciente, ou seja, reclamando a dimensão humana que facilmente se perde na discussão por demais minuciosa dos aspectos biomédicos da doença. Resgatava a pessoa doente eclipsada na doença. Mas não só a paciente... A residente do caso também expôs uma dimensão subjetiva sua, dizendo que estavam fazendo tudo o que era possível, mas não podiam correr com a paciente porque ela estava cheia de feridas e dores e sintomas que não permitiam tanta invasão. Ao final da

²² Cadernos de campo, 9/5/07 – reunião.

discussão recuperaram a dimensão humana da dor da pessoa escondida no caso clínico, e das angústias de quem trata.

Na Cirurgia, a condição de invisibilidade era muito recorrente, especialmente no trato aos pacientes. Certos pacientes não eram vistos, escutados, considerados como existentes, mesmo quando tentavam se manifestar. Exemplos tirados das observações:

- A aluna apresentou o caso na beira do leito. O professor questionou a aluna, discutiu o caso, discutiu situações correlatas, tudo em língua de médico, dirigindo-se de forma simpática aos alunos, mas sem qualquer atenção ao paciente ali presente²³.

- A aluna apresentou o caso e o paciente, mais extrovertido, não parecia muito incomodado com a situação. Começou a falar e foi totalmente ignorado pelo professor que continuou dando sua aula para o grupo como se aquela fala fosse apenas um ruído de fundo como tantos outros na enfermaria. Depois de ignorado por algum tempo, o paciente calou-se e assistiu a visita como os demais²⁴.

- Durante uma visita, o paciente de 47 anos assistiu à discussão de seu caso (melanoma) mudo e com os olhos estatelados. O professor estava calmo, tranquilo e muito empenhado em ir fundo na transmissão dos seus conhecimentos para os alunos. Pelo método pergunta-resposta compôs sua aula de forma brilhante, sem se dar conta do que acontecia com o paciente, mesmo quando as alunas passam a responder suas perguntas em voz cada vez mais baixa e de costas para o paciente²⁵.

- Os mestres discutiam controvérsias médicas na presença dos pacientes, inclusive escolhas de conduta que são feitas não exatamente por indicação técnica, mas por conveniência econômica (dos médicos), sem, contudo, apontar o problema ético que essa conduta traz em si.

²³ Caderno de Campo, 21/01/08.

²⁴ Caderno de Campo, 21/01/08.

²⁵ Caderno de Campo, 28/01/08.

Na Cirurgia, a “invisibilidade” do paciente é tão marcante que poucas vezes aparece a diferença de desejos, perspectivas, necessidades ou modo de ser, como um problema. A diferença aqui é uma condição que coloca as pessoas em lugares diferentes, tratados de forma diferente. A primeira e a última palavra ficam com o superior e vai descendo pelos degraus hierárquicos. Não se discute conduta com os pacientes, eles 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 o que os mais velhos têm a lhes mostrar e ensinar. Podem aprender ou não. Embora os professores, na maioria, sejam muito experientes e desenvolvam aulas muito boas, em que aparece nitidamente o brilhantismo de cada um, não se percebe vínculo com os alunos e escuta de suas expectativas e necessidades. O estágio é bem curto (25 dias), também os pacientes estão ali de passagem. O pouco contato pode ser então uma das razões que explique essa constatação.

Ainda assim, o não reconhecimento da vontade, das angústias e das necessidades do *outro* gera situações de violência e transgressão ética que serão discutidas mais adiante quando tratarmos especificamente das manifestações de violência nas relações interpessoais.

O aluno também é o *outro* coisificado quando colocado no lugar de quem não sabe e deve fazer do jeito que o professor mandar. O modelo de ensino centrado no professor oferece timidamente um lugar de sujeito para o aluno, ainda que no Internato este tenha muito mais autonomia sobre seu aprendizado comparado com os anos anteriores da sua formação, podemos observar nas discussões que ele é muito passivo e acaba funcionando como aquele que permite ao professor espaço para exhibir o seu saber. Alguns professores minimizam essa situação, colocando-se ao lado do aluno e

conduzindo o raciocínio na forma de uma conversa, como podemos ver nesse trecho observado no ambulatório de Clínica no contato da aluna com a professora²⁶:

A professora convida a aluna para sentar ao seu lado no sofá. A interna conta a história tirada de forma bastante insuficiente. Em tom de conversa amiga, a professora vai perguntando para a interna detalhes da história e exame físico acrescentando informações sobre o seu raciocínio clínico e orientando “*vamos perguntar para a paciente*” isso ou aquilo, “*vamos ver no exame físico se encontramos*” mais isso e mais aquilo. Sai para ver a paciente com a aluna e na volta continua as orientações dizendo “*agora que nós conversamos melhor com ela..*” e prossegue “*você lembra o que você estudou sobre..*”, a aluna não lembra, mas a professora não se importa e continua “*vou falar um pouco e você vai lembrar...*”.

Entretanto, outros professores enfatizam a situação do aluno objeto que funciona para a exposição pública do saber do professor, como no trecho, a seguir, observado na enfermaria²⁷ da Clínica Geral.

A professora se põe na frente do aluno e começa a questioná-lo sobre o paciente. O aluno tem dificuldade em responder prontamente às suas questões. Ela vai cercando o aluno com mais e mais perguntas, ele vai ficando mais lento e calado, depois de muito perguntar sem nada obter do aluno, fica evidente a sua ignorância. A professora, então, dá uma aula brilhante sobre a patologia do paciente em questão. Os alunos se mantêm calados, não expressam dúvidas, e parecem seres que não pensam.

Para alguns alunos, a coisificação das pessoas seria uma experiência constrangedora que compromete o aprendizado, como relata o aluno do sexto ano sobre uma aula prática na propedêutica ginecológica, um “trauma” tanto para pacientes quanto alunos:

²⁶ Caderno de Campo, 23/10/07 - ambulatório.

²⁷ Caderno de Campo, 23/9/07 - enfermaria.

“Desde que entrei na Faculdade, somando todos os cursos, a ginecologia foi a pior. Acho ruim, porque alguns professores têm muito pudor e não te ensinam a propedêutica. Tem professor que não tem pudor nenhum, deixa a paciente constrangida, daí você fica constrangido. Fala: Os cinco tocaram? Não professor, tranquilo. Já toquei muito... A paciente está constrangida ali, não é? Cinco moleques, só não estão de bermuda porque é proibido, tocando uma paciente e discutindo na frente dela. É complicado, não é fácil, tenha certeza disso” (Aluno 19 do sexto ano).

Para outros, uma decorrência do funcionamento de um hospital, como relata esse aluno do sexto ano:

“Na prática, eu acho que o paciente acaba sendo um acidente de percurso; uma figura que está ali, mas troca-se, está sempre mudando, não é como a equipe. Então, você tem aqueles médicos, aquela equipe de enfermagem, aquela equipe de técnicos de enfermagem. E o paciente é alguém que vai passar por ali e usufruir desses serviços. Vai variar também do ambiente. Acho que um extremo é o PS: ele vai passar ali apenas algumas horas. O outro extremo é a enfermaria: ele vai ficar horas na UTI, horas no cuidado intensivo, a gente fica com o doente muito tempo, vai vê-lo várias vezes ao dia. Então, cria-se um vínculo maior. Mas, em geral, o paciente é exatamente isso: o paciente. Tanto que, aí, vêm todas as vertentes: ele vira uma doença, vira alguma coisa; poucas vezes se chama pelo nome, por exemplo. Então, é um ser indefinido” (Aluno 15 do sexto ano).

Núcleo temático da tecnologia

A tecnologia a serviço de uma ausência.

Da observação e narrativas de vivências referentes ao Núcleo Temático da Tecnologia e sua determinação nos modos de subjetivação do ser médico e por consequência nas relações intersubjetivas que se desenvolvem no ato clínico e seu ensino, construímos as categorias analíticas e empíricas:

Categoria Analítica	Categoria Empírica
1. O Modelo Biomédico	Características do ato médico em seu desenvolvimento cotidiano
	Insuficiências: limites explicativos e práticos
2. O Trabalho Médico	Recursos tecnológicos efetivamente disponíveis e operados
	Organização da produção assistencial e do trabalho dos profissionais
3. A Conversa na Relação Médico- Paciente	Como recurso técnico para a boa prática médica no cotidiano assistencial
	Como dever moral ou conduta que convém ao médico

1. O modelo biomédico

A medicina em sua armadura de cristal.

O modelo biomédico se apresenta como conjunto de conceitos e práticas que aborda o processo saúde-doença predominantemente com base na biologia, física e química (Bonet, 1996) de maneira tal que pouco apreende as dimensões humanísticas (sociais, psicológicas, históricas etc.) das pessoas quando do adoecimento e seu cuidar. O recorte biológico (traço de universalidade, generalização e reprodutibilidade) que assim se processa nesse modelo permite o melhor enquadramento da medicina dentro das ciências naturais, com isso produzindo e sendo produto da primazia da anatomopatologia na leitura e enunciação dos adoecimentos, em detrimento da consubstancialidade do corpo com as dimensões humanas do emocional, do subjetivo e

do interativo. Daí apontar-se, em termos críticos, a existência de uma redução biomédica nesse modelo de compreender os adoecimentos. O modelo biomédico, construído na Modernidade, em tempos mais atuais, é alvo de críticas e remodelagens, conforme discutido em capítulos anteriores neste estudo.

Nos vários cenários de ensino observados, pudemos ver na prática clínica o exercício do modelo biomédico na atenção à saúde e circunstâncias em que revela suas “insuficiências”, que, em realidade, se apresentam como limites da prática médica atual, qual seja, os limites das transformações que este saber pode operar, em razão do tipo de aproximação praticada relativamente aos adoecimentos, científica e tecnicamente. Segundo suas próprias referências, contudo, tais limites não são vistos como limites, mas como desajustes, e como tal algo temporário: imperfeições a serem superadas por meio de mais conhecimento ou mais recursos tecnológicos de intervenção.

1.1. Características do ato médico em seu desenvolvimento cotidiano

Algumas características do modelo biomédico presentes no ato médico cotidiano foram observadas por referência aos efeitos que implicariam nas tessituras da intersubjetividade, sob o olhar das pessoas que participaram do estudo.

Visão centrada na doença

Nos cenários observados ou narrados, aparece fortemente a prática clínica e o ensino médico dentro da visão centrada na doença, ou na sua investigação. O raciocínio centra-se na conjugação dos dados biomédicos (clínicos e laboratoriais) que vão compor um constructo de doença que se apresenta como uma “entidade” quase “independente do doente”. Ainda que outros aspectos da existência humana no mundo da vida sejam lembrados, ou não são suficientemente relevados, ou são também tratados como sintomas (por exemplo, as manifestações de ordem psíquica).

Para o professor 3 de Cirurgia a ‘otimização’ que esse proceder permitiria quando associado a recursos de tecnologia dura se justificaria pela realidade social na qual se dá a prática médica neste país:

“Em primeiro lugar, porque a nossa população, de modo geral, tem um nível cultural baixo, e é influenciada por um monte de coisas que não têm nem pé nem cabeça: imprensa, mídia em geral, televisão, que em vez de fazer o papel construtivo, educacional, faz um papel destrutivo. O doente, o que ele quer é um diagnóstico e um comprimido para tratar. Então, ele fica muito feliz quando... O que você tem? / Ah, eu estou com dor aqui / Ah, isso é uma gastrite. Vai fazer uma endoscopia e um ultrassom e toma Omeprazol. Pronto, então ele sentiu receber diagnóstico, exames e tratamento. E, na realidade, às vezes não é nada disso. Só que, para entender que não é nada disso, você precisa gastar tempo. Então, quando o SUS te paga R\$ 5,00 ou R\$ 2,00 por consulta, e o convênio te paga R\$20,00, obviamente, o médico acaba pressionado por ter que tocar muita coisa ao mesmo tempo e acaba não tendo tempo para investir em uma compreensão melhor por parte do paciente. Além do que, não raramente o que o doente quer é um exame diagnóstico, aí ele fica feliz. O que eu tento fazer com os meus doentes quando eu atendo é exatamente mostrar para eles que essa é uma atitude totalmente equivocada. Só que isso gasta tempo. Uma consulta no consultório demora uma hora”.

Fragmentação e aprofundamento

O saber médico, construído pelo método do recorte e aprofundamento conexo à especialização do conhecimento, tornou-se complexo e fragmentado. O clínico tem visão do todo, ao menos orgânico, mas esbarra nos limites de autonomia de sua decisão porque pode haver uma explicação que ele desconhece, obrigando-o ao uso do

encaminhamento para o especialista. O especialista não vê o todo e, muitas vezes, nem sequer o paciente.

Nas palavras do professor 3 de Cirurgia: *“A medicina, hoje em dia, está se transformando cada vez mais, e infelizmente, uma profissão na qual a relação médico paciente está totalmente descaracterizada, devido a uma série de fatores. Um dos fatores é que o médico tem cada vez mais uma formação limitada em função do avanço tecnológico imenso. Então, ele tem que limitar-se a um pedaço. Se você vai procurar um oncologista hoje, ele entende de câncer de uma coisa, não entende nada de câncer de outra coisa. Então, antigamente, quando se falava de câncer, era câncer, você entendia de tudo. Hoje em dia, não, você tem o cirurgião, o oncologista 1, 2 e 3; o cirurgião que só faz câncer no intestino, o outro só faz câncer de fígado”*.

Para esse professor, tal fato resultaria em uma transformação da relação médico-paciente que diminuiria o poder do médico sobre o paciente, aqui pensado como algo não desejável e inclusive sem o qual se deterioraria a relação:

“O atendimento que antes era dado por um médico era um relacionamento quase que necessariamente vertical: o médico aqui em cima, o doente aqui embaixo. Os dois se comunicavam, mas o médico tinha mais poder de decisão. E, obviamente, se ele fosse uma pessoa sensata, ele se comunicaria com o doente. Hoje em dia, as coisas estão assim: médico e paciente conversando lado a lado. Isso começou a acontecer nos Estados Unidos, há uns trinta anos atrás. (...) E, hoje em dia, infelizmente e cada vez mais, você tem o doente e o médico no mesmo patamar. Por quê? Porque o doente lê, recebe informação, tem vários médicos e não tem nenhum.” E conclui: *“Então, no fim, tem uma confusão total de valores. Fragmentação do ensino por especialidade, participação de múltiplos especialistas, relação médico-paciente deteriorada. São os grandes defeitos da nossa medicina de hoje”* (Professor 3 de Cirurgia).

Excesso e alienação

O professor 2 de Clínica traz à reflexão o fato de que a tecnologia fascina médicos e pacientes, partícipes de um mesmo mundo em que a tecnologia define estilos do viver. Associado à voracidade consumista e aos excessos que esse modo de funcionamento social determina, a prática médica se tornaria, ela mesma, um efeito colateral da medicina tecnológica. Nas palavras dele:

“Hoje em dia tem doente que chega e não aceita a ideia de que um diagnóstico pode ser feito sem lançar mão de exames. Enxaqueca? Mas como? Você faz o diagnóstico sem pedir um exame? O complexo médico-industrial-midiático faz a cabeça das pessoas no sentido de: Consuma medicina, medicina é bom. A medicina hoje está recheada das tecnologias e cada região do seu corpo pode ser devassada. Todos os problemas podem ser detectados precocemente e você vai poder se livrar de todos eles. A felicidade pode ser obtida pela medicina. Isso é martelado, dia e noite, pela Folha de São Paulo, Estado de São Paulo, Veja e Fantástico. Eu acho que, de toda medicina que a gente faz hoje em dia, 30% dos problemas são criados dentro do próprio sistema. É um ultrassom que não tinha nada que pedir; pediu e aí aparece um cistinho no ovário. Fora as vezes que tem que abrir a barriga e não era nada... Por exemplo, ultrassom transvaginal de rotina, que aqui no Brasil é uma prática de muitos ginecologistas, não está escrito em lugar nenhum. Aliás, a recomendação é contra”. (Professor 2 de Clínica).

Entretanto aponta também para o fato de que no seu excesso a sociedade começa a mudar de ideia:

“Para a maioria dos americanos, a principal ameaça à saúde não é a gripe aviária, a febre do nilo ou o mal da vaca louca, mas sim o próprio sistema de saúde” (Professor 2 de Clínica).

Linguagem dessensibilizada

O discurso médico é outra característica do modelo biomédico que, mais que uma forma específica de linguagem que identifica e segrega um grupo específico, retira da comunicação termos que na linguagem laica evocariam emoções, imagens, coloridos vivenciais, agindo como um escudo contra aproximações do viver e sentir comum. Nas visitas e no ambulatório, ele se mistura com a fala coloquial e como são ambientes mais descontraídos e informais fica disfarçado o seu caráter estrito a segmentos do biológico (tomados por aspectos anatomopatológicos ou fisiopatológicos) e estranho às manifestações da vida, sequer em sua dimensão de todo natural, ficando a dimensão sociocultural ainda mais distante. Mas nas reuniões clínicas, quando o caráter formal e até ritualístico se instaura, o discurso frio, distante e construído por uma linguagem própria que retira das pessoas, objetos e fatos sua intimidade emocional, ganha todos os seus contornos. Aí, quando, de repente, irrompem coisas da vida comum, observamos reações curiosas como descrevemos a seguir²⁸.

Depois de quarenta minutos falando ininterruptamente sobre um aspecto muito específico de um exame de laboratório, mantendo postura rígida, firme, fala treinada e sem interferências coloquiais, menos ainda afetivas ou emocionais, fala rápida e com termos técnicos incompreensíveis em profusão, a professora (médica especialista) encerrou sua explanação com um pedaço da música "Wave" de Tom Jobim, cuja letra (não explícita, porque se tratava da sua versão musical) diz "*Fundamental é mesmo o amor, é impossível ser feliz sozinho...*" Alguns alunos acordaram, outros pularam da cadeira, muitos começaram a rir, alguns começaram a cantarolar. A entrada de algo tão próximo à vida como uma música que naquela época era tema de abertura da novela das oito causa surpresa, risos, e naquele contexto, parecia totalmente fora do real. Na

²⁸ Caderno de Campo, 15/8/07 - reunião.

mesma reunião, a residente começou a contar outra história clínica e mostrou um *slide* com uma carta escrita à mão em um pedaço de papel de embrulho, feita pela companheira de um paciente, contando aos médicos todos os sintomas dele. A visão de algo tão diferente de gráficos, tabelas, imagens de imunoflorescências, ou coisas assim, provocou reação de zombaria e desconforto entre os alunos. Aqui, como no "Wave", as quebras no discurso médico com interferências de manifestações vivas de outra natureza, causam incômodo, riso histérico, atitude de desconcerto, mostrando que os alunos não sabem como integrar a vida ao discurso que mal conseguem dar conta, mas que acreditam ter o poder de fazê-los parecer médicos. De forma pensada, ou não, a professora trouxe um elemento que poderia insinuar certa reintegração da vida na cena da medicina. Entretanto, como é comum nas apresentações de médicos, o social, o cultural ou o subjetivo e as emoções aparecem no início de uma fala ou no final, como peças acessórias de entrada ou saída, raramente no seu desenvolver. É como se informassem aos ouvintes /espectadores: “essas partes são externas à medicina, portas que separam o de dentro (que é o que interessa) e o de fora (que é o existente, mas não interessa). Esse discurso desprovido de tessitura subjetiva contribuiria para o processo que tratamos como “coisificação do outro” no núcleo temático do *eu*.

Um aluno do segundo ano, fala do ensino dessa linguagem particular:

“Se dá para ensinar a “conversa” com os pacientes? Não sei, mas falar como médico, isso eu acho que dá. E é feito: eles treinam a gente para tirar uma boa história nos termos de uma boa história, com vocabulário de médico. (...) Fizeram uma pesquisa com o vocabulário das profissões, e a medicina é a profissão que tem o vocabulário mais amplo, e a gente precisa treinar para entender esse vocabulário, esse dicionário, porque a medicina exige. E eles treinam a gente, conversando com a gente, mandando a gente ler livros médicos e aprender o vocabulário médico e se comunicar

em termos médicos, quando a gente é treinado para tirar história” (Aluno 4 do segundo ano).

Esse distanciamento que advém de vários dispositivos presentes no modelo biomédico, entre eles estes referentes à comunicação e ao relacionamento, torna difícil a tomada de decisão nos casos difíceis, nos quais mesmo com todos os recursos, encontram-se os limites desse modelo de medicina e é preciso então considerar outros elementos, muitos deles vindos da relação médico-paciente e família, que todavia são vistos como acréscimos e não ausências do agir técnico.

Na Cirurgia Geral, nossas observações corroboraram os achados na Clínica Geral, até de maneira mais enfática, porque a visita se dá à beira do leito, a linguagem médica é predominante, a hierarquia é a ordem prevalente. Aqui, principalmente por que as discussões ocorrem na frente dos pacientes, parece que a linguagem técnica e a distância afetiva funcionam como um escudo protetor que poupa o paciente da verdade da sua doença.

1.2. Insuficiências: limites explicativos e práticos

No ambulatório, 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. O paciente retorna com uma queixa diferente, justificando o mesmo pedido de algo que o modelo biomédico não tem recursos para entender e resolver.

Além desse fato, paradoxalmente, as próprias exigências técnicas estariam se complexificando a ponto de tornar o atendimento médico mais extenso, o que para alguns ficcionistas do nosso tempo poderia ser corrigido com a participação de outros

profissionais da saúde, em uma espécie de “linha de montagem”, como explica o professor 2 de Clínica:

“Você sabe que às vezes eu sinto que o aumento do conhecimento técnico aumentou muito a agenda do médico. No espaço de uma consulta, eu tenho que ainda seguir os guideline! Tica isso, tica aquilo! E às vezes são tantos itens e subitens que... o tempo é finito, certo? Em toda consulta sempre teve uma parte técnica e a parte da relação; se você começa a aumentar o tempo da técnica, fatalmente aqui começa a ter problemas. A exigência técnica, começa a comprimir o tempo. Está certo, não é uma coisa errada, então tenta-se equacionar uma solução com a multidisciplinaridade. Faz-se grupos de hipertensão, grupos disso e daquilo. Só que não substitui a relação médico-paciente. Já ouviu falar em clínica de ICC? Clínica de diabetes? Nos Estados Unidos é muito comum um lugar onde só se tratam pessoas com ICC, ou um lugar onde só se tratam diabéticos. Então a consulta médica se restringe mesmo a examinar, a ver a coisa médica e dar remédio. A enfermeira explica como se toma o remédio, como se aplica a insulina. A nutricionista é quem vai dar toda a orientação nutricional. É como uma fábrica! Uma vez, um 'marquetólogo' que vendia soluções para médicos me falou: Eu vou fazer você ganhar muito mais. Você não vai atender dois doentes por hora, você vai atender cinco doentes por hora e eles não serão mais atendidos por meia hora, cada um será atendido por uma hora inteira. Ele ia criar uma estrutura em que as pessoas seriam recebidas pela enfermeira ou pela recepcionista, o próprio paciente na sala de espera preencheria o formulário de sintomas, passaria na consulta e assistiria um vídeo educativo com explicações sobre a doença dele. Seriam vários módulos de atendimento, que quando somasse tudo, o paciente teria sido atendido durante uma hora. Só que com você, a parte do médico, teria sido um módulo só, então pode atender

cinco por hora. Você vai ganhar mais, vai atender mais doentes e eles serão atendidos por mais tempo cada um”.

De outra perspectiva, a insuficiência do modelo biomédico aparece claramente na hora de lidar com aspectos humanísticos relativos à saúde do paciente e do próprio médico. As queixas emocionais, as reações de comportamento, as vivências subjetivas na relação médico paciente são pouco compreendidas e rapidamente classificadas como queixas psiquiátricas e encaminhadas. Muitas vezes, o paciente rejeita essa conduta de exclusão e insiste. Se ele localiza o seu mal no corpo, por que o médico clínico (do corpo) o estaria mandando para o médico psiquiatra (da cabeça)? A fragmentação e a menos-valia das manifestações da vida anímica estão presentes no universo do médico e do paciente. As queixas referidas ao corpo (mas decorrentes da vida que se leva) e as expressões emocionais quando “psiquiatrizadas” pela medicalização, ganham uma tradução dentro do modelo, fora do qual não teriam registro. A medicalização do mal-estar da vida aparece em vários momentos, tanto na enfermaria, quanto no ambulatório de onde retiramos os fragmentos abaixo como exemplos.

O professor, depois de discutir um caso com as chamadas queixas somatoformes, conta que esses pacientes são muito frequentes no ambulatório, esses e os que vêm para manter “*ganhos secundários*” (sem deixar claro de que exatamente se tratam tais ganhos). Não há um estudo estatístico, afirma, mas são muitos. Diz que esses pacientes abusam dos alunos porque como eles têm menos experiência para perceber a situação, vão atrás de todas as suas queixas, pedem exames etc. O caso típico seria da mulher de quarenta e poucos anos, empregada doméstica, cinco filhos, casada com alcoólatra. Todos os dias, cuida das crianças e ainda trabalha fora para sustentar a casa. Aí ela tira um dia para cuidar de si e vem para o hospital. Livra-se de cuidar da casa e dos filhos, ganha o dia com a patroa, e quando volta para a casa sensibiliza o marido e a

família porque tem um problema de saúde que está sendo tratado no hospital, que é lugar de coisa grave (não é como o postinho de saúde perto de casa)²⁹.

O aluno tira uma breve história da paciente e vem discutir com o professor. Este discute rapidamente a HPMA, pede exames laboratoriais e orienta a conduta. Pouco depois, o aluno retorna à sala visivelmente desconcertado. Diz que não era nada daquilo que discutiram, que a irmã da paciente entrou no consultório e daí começaram a conversar sobre as queixas e descobriu-se que se tratava de um problema bem diferente. Está com raiva da paciente e diz que ela veio no ambulatório só para cavar exames e se eles deveriam mesmo pedir tantos exames para ela, uma vez que há o sistema de cotas, e na reunião clínica foi dito que não se deve pedir tanto exame. A discussão com o professor é novamente breve e superficial, e mesmo tendo em vista a confusão, ele não vai ver a paciente. A paciente, taxada de confusa, leva o diagnóstico de psiquiátrica e os pedidos de exame, além do encaminhamento para a PQ (Psiquiatria)³⁰.

O relato de uma aluna do primeiro também revela tal insuficiência:

“Na Liga, a minha primeira consulta, a minha primeira paciente, foi um trauma. Primeiro, o professor, o responsável pela Liga questionou a história com a gente na frente da paciente! Como se ela não estivesse lá! Como se não existisse, ou fosse o computador que você acessa se precisar puxar algum dado que ficou faltando. E o caso dela era um caso de depressão super pesado. Aí chegou nela e disse: É depressão, a senhora tem depressão. A mulher começou a chorar. Fluoxetina, e volta depois do carnaval. Eu saí daqui tão arrasada! Juro! Foi o dia que eu saí pior. (...) Claro que tem professores e professores. Tem outro da Liga que vai com muito mais trato, deixa o paciente muito mais à vontade. Mas tem gente que não sabe lidar com pessoas” (Aluna 1 do primeiro ano).

²⁹ Caderno de campo 31/10/07 - ambulatório.

³⁰ Caderno de campo 20/09/07 - ambulatório.

Por que isso aconteceria? Nas palavras dessa aluna:

“Eu acho que tem várias possibilidades: a primeira é ser essa “padaria” (balcão de atendimento). Então se eu for me sensibilizar com cada paciente que passa, sei lá, a cada 10 minutos, eu não dou conta. Eu não vou aguentar. Eu vou chegar ao final do dia e ter que beber um galão de uísque, não é nem uma garrafa, é um galão, porque eu não dou conta. E segundo porque vira caso. Você fica pensando no científico e você esquece que a pessoa lá está sentindo dor, está com vontade de fazer xixi; veio para fazer um ultrassom e ficou não sei quantas horas bebendo água e está apertada para fazer xixi; de repente ficou na fila não sei quanto tempo e está morrendo de fome; está preocupada com o filho que tem que pegar na creche, milhões de variáveis que você não leva em consideração... E que não sei nem se dá conta também de levar. Não sei se dá.” (Aluna 1 do primeiro ano).

Continuando sua reflexão sobre o fato vivido, acredita que a paciente teria sido tratada daquela forma porque haveria entre os médicos muito preconceito em relação aos aspectos psíquicos do viver:

“Qualquer coisa que mexa com a saúde tem um lado emocional. Mas os médicos, eu acho, não aceitam que tem o fator emocional, porque talvez nem eles saibam lidar com o próprio. E aí ou nem considera o fato, ou se considera, como ele não pode curar, não cuida. E para lidar com o teor emocional teria que estar aberto a outros conhecimentos. Eu não sei se estão dispostos. O aluno que atendeu essa mesma paciente claramente não sabia o que estava fazendo. Recebeu ordens, fez uma receita de Fluoxetina. Ganhou um carimbo e pronto. Não estava preparado e não sabia... Ele é o típico caso de gente muito tímida que não conseguia sequer olhar para o paciente. É certo deixar um aluno do 3º ano atender um paciente? Eu também não sei se tem outro jeito de ensinar. Mas faltou conhecimento do assunto e suporte do professor. Qual era

a fragilidade desse aluno, era a timidez? Então tem que chegar alguém e falar: Olha, você não pode ficar de cabeça baixa sem olhar pro paciente. São sutilezas. Você precisa estar muito perto pra perceber e não sei se tem estrutura e professor para isso.” (Aluna 1 do primeiro ano).

A insuficiência explicativa e prática, e a falta de preparo, durante a formação, para lidar com o sofrimento apareceu no relato do professor 1 de Cirurgia, assim como a solução que ele buscou:

“Atendendo no hospital, um dia eu saí muito mal, com dor, e eu pensei: Espera aí, isso deve ser alguma linguagem. Eu tenho mania de sistematizar as coisas, classificar, tentar organizar até as angústias, dores e essas coisas. Eu comecei a notar que a cada dez pacientes que eu atendia, dois precisavam de um cirurgião com conhecimentos que eu tinha adquirido como cirurgião, os outros oito tinham coisas que eu não sabia o que era... Era gente que começava a dizer de dor na barriga, e quando eu perguntava: Você tem alguma coisa pra me contar? Começava a chorar e dizia: Mas eu estou grávida, não posso! Minha mãe vai me matar. Eu comecei a adoecer. Eu não tinha como lidar com isso a não ser de uma maneira às vezes até piegas, assim: Que pena... Dava dinheiro para o cara comprar comida, algumas vezes eu fiz isso. Enfim, eu não estava legal. Aí eu decidi: Não, eu vou estudar o que são essas coisas.”

Outras vezes, como dissemos antes, a medicalização aparece de forma mais sutil, quando na discussão sobre estética, a professora de Clínica reconhece que a insatisfação com o corpo pode ter a ver com alguma questão psíquica e existencial, mas aí ela emenda dizendo que tais pacientes antes de ir ao plástico, deveriam ir ao seu consultório que ela medicaria com antidepressivo e resolveria o problema³¹.

³¹ Caderno de Campo 31/10/07 - ambulatório.

Na Cirurgia Geral, a insuficiência do modelo também fica evidente no modo como se lida com aspectos emocionais dos pacientes. Exemplo³²: na visita, o professor chega ao leito de uma moça que aguarda cirurgia para o dia seguinte. Seu quadro é grave e as chances de cura pequenas. O professor conversa com ela de forma calma e até um pouco mais próxima que o habitual, ainda que frio. Pergunta aos residentes se ela precisa de algum estimulante, se essa apatia é da sua personalidade ou coisa recente. A mãe da paciente, ao seu lado, responde que ela era mais animada antes da doença. O professor manda chamar o serviço de psicologia para ver o que está acontecendo e diz para o residente medicar com antidepressivo. Volta-se a ela e lhe diz de forma educada, porém firme: “*Você entende por que precisa operar, não é?*” Ela responde que sim. Ele não lhe pergunta nada sobre o que está sentindo, nem pensando, muito menos querendo. Passa para outro caso.

Os médicos não sabem como conversar com os seus pacientes, principalmente quando os casos são graves, o que, nesse hospital, é muito frequente.

2. O trabalho médico

O médico entre as grades de um sistema.

2.1. Recursos tecnológicos efetivamente disponíveis e operados

Talvez por que a velha dicotomia entre Ciência e Humanismo, que se reflete na (falsa) questão entre Tecnologia e Humanização, ainda provoque embates ideológicos acirrados, quando este tema foi abordado provocou diferentes reações, algumas viscerais, como essa do professor 5 de Cirurgia:

³² Caderno de Campo 21/01/08.

“Quando eu me formei não existia nem ultrassom, nem tomografia e a endoscopia era rudimentar. Então, eu vejo a tecnologia cada vez mais avançada, cada vez mais positiva, encarecendo a medicina, mas não é essa a desumanização da medicina. A desumanização, a quebra do elo médico-paciente está por conta da comercialização da medicina, não é a tecnologia, é a comercialização, é o desprezo ao humanismo pelos tomadores de serviço, é a má administração pública da medicina, é a falta de visão humanística e valorização do homem em relação à máquina. A máquina é fundamental, essencial, permitiu o aumento de sobrevida, permitiu a diminuição da dor, permitiu um melhor atendimento médico, mas ela é elitizada como tudo. A sociedade é elitizada em qualquer regime: comunista, democrata... Não vejo saída a curto prazo no mundo para essa situação do homem rei, homem escravo, e a desumanização da medicina, diretamente, ligada a desvalorização do médico como profissional. Mas, vejo a máquina maravilhosa, adoro as máquinas! Todas as máquinas!”.

Ao encontro do deslumbremento do professor, havia alunos que como este do segundo ano acreditam que o futuro da medicina está nas máquinas: *“Demais! Porque para mim, estão se esgotando as possibilidades do ganho humano da medicina. Dificilmente vão se desenvolver novas técnicas para um cirurgião cortar com um bisturi. Dificilmente um clínico vai aprender uma nova manobra pra diagnosticar uma pneumonia. Então a tecnologia, para mim, é um dos campos principais de possibilidades de avanços dentro da medicina, porque é possível você desenvolver um robô que vai fazer uma microcirurgia e vai aumentar em 20 vezes a precisão do cirurgião, sabe? Isso para mim é possível. Agora, é difícil você treinar um cirurgião a ponto dele melhorar em 10 vezes a sua precisão. Então, para mim a tecnologia é um dos principais campos da medicina”* (Aluno 4 do segundo ano).

Outros alunos percebem a tecnologia não só como máquinas, ainda que seja difícil pensar a medicina sem as máquinas:

“Tecnologia, eu acho que é avanço científico. Então, existe tecnologia em psiquiatria? Não é só a neurocirurgia, com uma tela de plasma dentro da sala de cirurgia para tratar de um tumor que está afetando não sei o que, mas também, na abordagem do paciente, isto é tecnologia. A tecnologia não é só chip, parafuso grudado. Não, eu acho que a tecnologia está espalhada em todos os cantos... (...) Nunca pensei na vida sem tecnologia. Acho que é angustiante por que a gente já incorporou a tecnologia no nosso dia a dia. Nem consigo pensar... Agora, eu acho que os médicos curtem a tecnologia. Principalmente aqui no hospital-escola, tudo que é novidade o pessoal quer experimentar” (Aluno 16 do sexto ano).

“Tecnologia acho que vem de estudo das técnicas. É para facilitar a vida; é para melhorar, agilizar. As tomografias são boas porque com elas não precisa mais abrir o paciente para ver o que tem dentro, não precisa fazer uma cirurgia, você vê por meio de imagens. Tecnologia não precisa ser só computação, não precisa ser só imagem. Dentro da ortopedia, a tecnologia é você entender como usar aço ou um pino bloqueado, um monte de coisas mecânicas, que são tecnológicas. Tem uma área da medicina que vive de conversa. A psiquiatria. Você pode ir ao psiquiatra e levar horas. Não tem um raio-x para ver o que você tem; tudo é conversa” (Aluno 19 do sexto ano).

Os recursos tecnológicos fazem parte do cotidiano médico, seja pelo abuso, seja pela restrição. Na reunião clínica o professor adverte³³, dizendo aos alunos sobre o custo dos exames e o desperdício neste hospital, uma vez que se pedem muitos exames sem necessidade, sem noção de que são muito caros, que oneram muito o atendimento. No sentido contrário, no ambulatório, os professores falam da dificuldade de se

³³ Caderno de Campo 9/5/07 - reunião.

conseguir exames laboratoriais para os pacientes, depois que a administração implantou o sistema de cotas mensais. As cotas acabam rapidamente e os médicos têm de trabalhar sem essa ferramenta. Para alguns, isso incomoda, mas reforça a importância do médico conhecer bem a clínica, saber fazer uma boa anamnese. Para outros, a limitação é grave porque os exames já não são mais complementares, mas suplementam as falhas e a insuficiência da propedêutica.

Na Clínica Geral, no relato dos médicos, a tecnologia teria um papel coadjuvante no exercício da medicina:

“Eu acho que você vai ser médico independente da tecnologia. Então, se eu estiver na 'xiririca do raio que me parta', e alguém desmaiar, eu vou ter que ir lá e ver o que está acontecendo. Como eu tenho formação médica, estou sendo médica naquele local. Se eu estou na missa, alguém desmaia... Já fui atender vários. Se eu estou no cinema e alguém tem alguma coisa, a gente vai olhar e não tem tecnologia nenhuma a não ser o conteúdo que a gente tem na cabeça. Então você vai ser médico em qualquer lugar. Se você tem tecnologia, a chance de você fazer uma medicina de qualidade é maior, porque você tem mais armas. Qualidade: você faz medicina de qualidade em qualquer lugar, depende da sua dedicação, do seu conteúdo e se vai ter um desfecho bom ou ruim, vai depender da gravidade e da arma que você tem para trabalhar. Então, por exemplo, eu trabalho em outro hospital que não tem arma como tem aqui. Eu faço o que eu posso dentro do que eu tenho lá. É uma medicina de boa qualidade? Depende do que você chama de boa qualidade. Se for boa qualidade em termos de pessoas humanas, é: você vê que se dedicam muito lá. Em termos técnicos: regular, porque não tem todo o arsenal para a gente trabalhar. Então, medicina de qualidade, depende do ponto de vista. Eu posso fazer com a maior qualidade naquele meio que eu tiver, com as armas que eu tiver” (Professora 4 de Clínica).

Entretanto, o rápido desenvolvimento científico dos tempos atuais provocaria, constantemente, maior demanda por conhecimentos técnicos que faria com que os alunos, os residentes ou mesmo os médicos cuidassem menos da parte humana do atendimento:

“Eu acho que os alunos se preocupam mais com a parte técnica do que com a parte humana quando eles estão se formando porque eles se sentem inseguros na hora de executar a medicina, e eles pedem muito exame, e se pautam muito na técnica para poder justificar o que eles fazem, e, às vezes, sem necessidade. Mas eu acho que isso faz parte da insegurança do recém-formado ou do aluno. Então, por exemplo: Eu acho que não tem fígado. Vou pedir um ultrassom para ver se tem fígado palpável. Não, fígado palpável, você palpa; aprende a palpar. Não vai pedir ultrassom para ver se tem fígado palpável. Agora, se você quer ver se tem fibrose, tudo bem” (Professora 4 de Clínica).

O aluno do sexto ano parece concordar com a professora, mas acrescenta que além da insegurança, haveria também a pressa, a falta de paciência para chegar ao diagnóstico por outros meios, e a talvez necessária proteção legal que os exames poderiam representar:

“Ser médico sem tecnologia, é possível, mas talvez tivesse que ter uma readaptação muito grande e em alguns pontos seria difícil. Nem tanto o conhecimento que eventualmente acaba se adquirindo, mas de paciência no sentido de ir em busca de diagnóstico, de tentar entender melhor os casos. Porque hoje o que eu percebo muito é assim: sei mais ou menos o que tem, pede um exame, não é? Já sai com o resultado e pronto, uma coisa que seria raciocinada para chegar a um diagnóstico final o exame concretiza e te dá até respaldo, não é? Às vezes a gente até tem certeza do que é, mas pede um exame só para ter um respaldo, se uma coisa acontecer, tinha um exame provando” (Aluno 15 do sexto ano).

Para o professor 2 de Cirurgia, não dá para ser médico sem tecnologia hoje:

“Na cirurgia? Para a cirurgia, hoje, a tecnologia é o que permite ao doente ser menos agredido. É realizar qualquer coisa de forma mais fácil e com mais precisão. Há uma tecnologia diagnóstica pesada, cada vez mais intensa, isso é um fato. Existe uma tecnologia de tratamento menos invasiva, cada vez mais progressiva. A questão da não invasão: se está passando de uma incisão grande para uma incisão menor, se está fazendo uma cirurgia cardíaca para colocar uma prótese por pulsão, entendeu? E assim vai. Então a tendência cirúrgica é diminuir o tamanho da agressão, facilitar. E isso custa caro, aliás, nós estamos totalmente fora da tecnologia aqui neste hospital. Isso fez com que muitos médicos saíssem daqui. Sem tecnologia não tem saída. A tecnologia não é um mal em si. Ela é um mal se você usar mal, se você indicar mal, se você indicar exageradamente. Por quê? Sem crítica específica, vou dar um exemplo de tecnologia que de repente vira uma coisa comercial: o que se coloca hoje de prótese óssea é um negócio impressionante. Eu não tenho certeza se precisa tanto disso. Mas isso é uma questão comercial. Então você tem que separar um pouco a questão comercial da questão tecnológica, e não é fácil. Porque também tem o seguinte: quando você tem a tecnologia e você vai operar, a operação fica mais fácil, fica melhor para o doente. É melhor para todos”.

Para o professor 4 de Cirurgia também não dá para prescindir da tecnologia, mas percebe a questão de forma menos entusiasmada e, talvez, mais realista:

“Eu acho que o médico tem que deter a tecnologia, tem que saber! O que me preocupa é que ela custa dinheiro para se desenvolver e, certamente, quem investe nisso quer ter um retorno. E, às vezes, a maneira de ter esse retorno não observa a ética, a gente vê muito isso, a tentação de ser speaker de um laboratório, é uma tentação muito forte, porque isso dá prestígio... Porque na minha área de cirurgia eu

me decepção um pouco e, às vezes, em alguns congressos eu vejo que os cirurgiões ficam discutindo se o uso de um determinado equipamento permite com que a cirurgia seja feita em quinze minutos ou meia hora a menos. E no meu entender isso é pífio. Se a gente pensar para o paciente, hoje, com anestesia, o que são quinze minutos a menos, ou trinta minutos a menos de cirurgia? Isso só interessa a alguém que precise fazer dez ou quinze cirurgias em um dia... Para mim não tem essa de linha de produção, eu vejo a medicina como algo artesanal, eu penso o seguinte: Bom, se as pessoas precisam, vamos ter mais médicos, para todo mundo cuidar de todo mundo bem. Eu penso que a gente deve trabalhar como um relojoeiro suíço. Quer dizer, cada coisa que a gente está fazendo tem que sair perfeita. Não adianta pensar assim: Não, tudo bem! Eu produzo mil, e se 10% não ficaram bons, tudo bem é só 10%. Não, esses 10% me incomodam. Quer dizer, a gente tem que fazer poucos, mas todos bem feitos. Não é? É a minha visão”.

2.2. Organização do trabalho médico

A visão centrada na doença associada aos recursos tecnológicos permite a redução do tempo de trabalho médico com cada paciente e assim o médico atende um grande número de pacientes. Essa realidade, criticada de forma muito bem fundamentada pelos estudiosos do trabalho médico (Schraiber, 2008; Machado, 1996, Hotimsky, 2006), é ensinada aos alunos no ambulatório por alguns dos professores.

Estudos de base etnográfica sobre hospitais descrevem a famosa “limpeza da área” (Hotimsky, 2006), isto é, a grande preocupação dos médicos por terminarem com as filas de atendimento, completando o mais rapidamente possível as tarefas. Essa forma de agir lembra, tais quais os estudos o apontam, a produção fabril em escala. Alguns professores do ambulatório agem como se estivessem à frente de uma linha de

produção. Os casos são atendidos e discutidos rapidamente, como se fosse um Pronto-Socorro. O aluno conta a sua anamnese, o professor responde com diagnóstico e conduta, chegando às vezes a ditar a receita para o aluno copiar, ou ele mesmo preenchendo o pedido de exames complementares. Em seguida chama “*O próximo!*” (aluno) para a discussão, como se faz nas filas dos guichês de atendimento ao público. A “operação limpeza” parece um treino para o futuro de trabalho em regime de sobrecarga e falta de tempo, em um cenário, que talvez pudesse ser um espaço de ensino criado com a assumida intenção de ser diferente da realidade, e mostrar ao aluno a boa prática médica ambulatorial.

Paradoxalmente, nas entrevistas, professores e alunos apontam a organização do trabalho no modelo descrito acima como um dos principais empecilhos para a boa prática médica:

“O que acontece é que, nesse ambiente de trabalho, o médico vai se violentando cada vez mais, e vai botando como escudo de proteção mais técnica e menos humanidade, porque isso vai mais rápido. Então, acho que é uma proteção deles também. Proteção do meio onde eles estão vivendo, inóspito para sobreviver com uma medicina de qualidade. Eles não podem se dar ao luxo de ficar meia hora com o doente” (Professora 4 de Clínica).

“Eu acho que o médico deve atender de forma que o paciente entenda, na forma como o paciente se comunica. Isso muda de paciente para paciente. O atendimento objetivo tem de ser o mesmo: diagnosticar, tratar, medicar, essas coisas. Mas a forma como você faz isso não é igual de um paciente para o outro. Na prática isso é variável. Depende do ambiente em que você está, da estrutura, se você está em ambulatório, se está em enfermaria. Mas, no geral aqui, atende-se meio que massificado mesmo. Na UTI, por exemplo, eu vejo que é muito massificado. Você já sai ligando o monitor de

todo o mundo, o cateter de todo o mundo, ligando o suporte ventilatório sem mesmo explicar para o paciente. Por isso que ele arranca, por isso ele puxa o cateter. A gente teve essa experiência na prática. Quando a gente explicou, o paciente deixou de se rebelar” (Aluno 15 do sexto ano).

“Pega um médico que trabalha com convênio e recebe R\$ 10,00 por consulta, e o cara quer viver bem, quer se cuidar, ter um filho, cuidar da família, quer viajar, quer ganhar algum dinheiro. Então o que ele vai fazer? Ele ganha R\$ 10,00 por consulta, então ele vai fazer 6 consultas por hora de 10 minutos. Aí ele ainda, sai de lá, emenda com um plantão, está com sono, está cansado... (...) As pessoas vão ficando estressadas, vão ficando saturadas. E quando você está cansado, é natural não querer ficar ouvindo aquela ladainha de sempre, mas para o paciente é importante falar. É complicado, porque você tem dois lados bem difíceis” (Aluna 6 do terceiro ano).

Na Cirurgia observamos situação semelhante à Clínica. O foco na doença amplia o acesso, mas diminui a qualidade do encontro clínico. Exemplo: *“O trabalho aqui é 'barra pesada' mesmo. O dia inteiro ouvimos que o certo é fazer de outro jeito, mas acabamos tendo que fazer do jeito que dá”* (Aluna 15 do sexto ano).

A ação sobre o corpo biológico é tão incisiva que fica difícil dizer que há algum encontro clínico. Os olhos só enxergam as estruturas físicas do corpo: a carne e o plano cirúrgico.

A divisão do corpo médico em especialidades (como visto antes a propósito da fragmentação do saber) 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. Nessa lógica de divisão do trabalho, muitas vezes o

clínico funciona como um triador de casos para os especialistas, particularmente no ambulatório.

A multidisciplinaridade, enquanto a participação de diversos saberes (isoladamente) na atenção ao paciente, é estratégia cotidiana, tanto dentro da medicina dividida em especialidades e subespecialidades, quanto no campo das outras profissões da área da saúde que atuam, todos de forma independente, sem discutir e decidir juntos as condutas sobre o mesmo paciente.

À vezes esse funcionamento institucional cria problemas ao tentar resolvê-los. Por exemplo, durante a discussão de um caso difícil em uma visita, vimos que a confusão de conduta clínica 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. Por terem uma visão fragmentada, não discutem toda a situação clínica em jogo, só veem a parte que consideram como sua, e nenhum deles assume a responsabilidade pelo caso, que então é do clínico. A pergunta dos clínicos é: *“Cadê o médico dentro do especialista?”*³⁴.

No que se refere à interdisciplinaridade (que envolveria a construção de um campo de interface dos diversos saberes e uma prática de condutas dialogadas (Peduzzi, 2001), tanto dentro da própria medicina, quanto com as outras disciplinas da área da saúde, o problema é visto por diferentes prismas.

Para o professor 5 de Cirurgia a presença de outros profissionais no atendimento deterioraria o vínculo médico paciente:

“O médico não faz mais o raio-x, quem faz é o técnico; o médico não vê mais os olhos do paciente, quem faz é o optometrista, o médico não se preocupa com os

³⁴ Caderno de Campo 12/4/07 - enfermaria.

exercícios físicos, é o fisioterapeuta... Então, foi esfacelado o ato médico e com isso foi desvalorizado o ato médico, e isso levou à deteriorização do vínculo”.

Para o professor 2 de Clínica o conceito e prática da interdisciplinaridade são desconhecidos e na ignorância tratados com desconfiança:

“Mas sabe o que eu acho? Você falar interdisciplinaridade é um nome mais bonito, mas que, se você levar ao extremo, chega nisso: Não é bom ter um especialista em cada área e as pessoas serem cuidadas pelo especialista? Levado ao extremo, dá nisso”.

O professor 1 de Clínica acrescenta que além do desconhecimento sobre outras disciplinas haveria problemas de relacionamento e desvalorização do trabalho de outros profissionais:

“É um campo menor, entendeu? O médico não precisa se preocupar com isso... Não concordo, obviamente não concordo, mas a lógica é essa! É menor saber o que comer, saber dar apoio psicológico, é menor. A prioridade e o foco são outros. Ele não está focado para isso e isso é bem claro e bem estabelecido. E a Faculdade estimula isso, assim como estimula a superespecialidade, assim como estimula conhecer muito de nada. (...) A comunicação entre os médicos também é ruim. Comunicação entre médicos e enfermagem é péssima. Também não há conversa, não há espaço. Médicos e enfermeiros não conversam. Ainda mais médicos e nutricionista, médicos e fisioterapeutas, médicos e outros profissionais da saúde. Entre os outros profissionais da saúde existe uma conversa. Quer dizer, fisioterapeuta conversa com enfermeira, que conversa com nutricionista, mas o médico não conversa, ele é o superior que não se mistura, é uma falha gravíssima na comunicação ”.

O mesmo professor, apontou outro problema referente à temática em questão:

“A média de internação na nossa clínica é 15 dias. Num hospital particular é 6. Então isso é um desrespeito ao doente. Você ter que repetir exames porque o exame é malfeito, ou inconclusivo, porque não tem nossa comunicação com o laboratório para dizer o que queremos com esse exame. São coisas que afrontam os direitos do doente e que as pessoas nem sabem que é uma afronta. A lei deveria ter um único parágrafo: receber o melhor tratamento que existe e ponto, acabou” (Professor 1 de Clínica).

Como estratégia para construir o respeito, ele pensa em fazer algo em relação ao aluno:

“Ontem nós demos um passo nesta reunião, nós vamos incorporar em breve a enfermeira dando nota para o interno. Como é o respeito dele ao doente? A enfermeira melhor do que ninguém vê isso. Como que é a opinião do doente em relação a esse aluno? A enfermeira vê melhor que ninguém. Como é lidar com os outros profissionais? Como é organizar o prontuário. Isso o médico não sabe dizer e a enfermeira sabe, está lá todo dia. Então esse lidar com os outros profissionais tem que ser isso: tem que ser cobrar, ouvir e respeitar. Médico não é o único ser inteligente (existem até médicos inteligentes), mas sem dúvida não são os únicos. Isso que acontece é um absurdo, em qualquer lugar do Brasil e do mundo” (Professor 1 de Clínica).

Mas, pelos relatos dos alunos, eles seriam o ponto mais frágil dessa malha. Segundo contam, eles constantemente precisariam criar estratégias de sobrevivência contra a retaliação da enfermagem sobre o autoritarismo médico superior. O aluno do sexto ano fala sobre a hostilidade da enfermagem:

“Tem lugar que não dá para você se dar bem com o pessoal da enfermagem, porque parece que já é uma coisa institucionalizada. Você chega lá e a enfermagem já tem mil regras para aplicar em você, assim como você já é meio que educado que a enfermagem lá te trata mal, a relação é difícil. (...) No mesmo contexto que o médico

está inserido lá, de volume de cobrança, e tudo o mais, a enfermagem também está. Então pode boicotar muito facilmente o interno, que é a ponta mais fraca na hierarquia, e não levar os seus exames, não fazer o que você pede, não colher alguma coisa...” (Aluno 15 do sexto ano).

E a aluna do quinto ano diz que respeito e cordialidade passam a ser a defesa dos mais fracos e não valores comportamentais para uma cultura de humanização no ambiente de trabalho:

“Depende muito das individualidades, eu acho, mas no fim das contas na média é uma relação meio ruim. Não sei também se é o descontentamento dos enfermeiros com o trabalho. Os enfermeiros têm o trabalho pouco valorizado e respeitado. (...) O que eu acho ruim é o fato de ser prerrogativa sua conquistar a enfermagem, sabe? Os internos que estão chegando na enfermaria. A priori eles não gostam da gente. A priori eles fazem cara feia. Existem exceções, óbvio, mas na média eles não gostam, fazem cara feia, acham que interno 'enche o saco', que a gente fala muito alto. Que a gente atrapalha todo o trabalho, que a gente leva as pranchetas e as prescrições embora. E é sempre prerrogativa sua ser legal, e sorrir, e tentar ser o mais delicado possível pra não ferir...” (Aluna 12 do quinto ano).

A aluna do quarto ano conta que desde cedo o mau relacionamento é observado:

“Ah, é difícil o relacionamento. Porque aqui a gente tem ideia de que estamos no topo da cadeia alimentar. É ruim porque a gente precisa deles. Querendo ou não, você não pode fazer tudo. Você não tem tempo de fazer tudo, e você não sabe. A fisioterapeuta sabe fazer coisas muito melhores que a gente. E você tem que aceitar isso. (...) E eu acho que falta isso na gente. A gente já vem mesmo com essa ideia e tem professor que diz: vocês estão no topo da intelectualidade brasileira. Pronto! Não tem para ninguém mais. Mas é horrível! Porque você precisa da enfermeira... Nossa! Se

você não tiver a enfermeira, você não faz nada, nada. Você está perdido no hospital. Porque você não sabe tirar o sangue direito, você não sabe dar o remédio direito, você não sabe trocar a cama, você não sabe dar banho no paciente... As pessoas acham assim: Nossa, eu sou médico, acabou. Como: Está comigo está com Deus, sem mim acabou... Não é assim. E eu acho que o relacionamento dos alunos e dos médicos com os outros profissionais... pelo que vejo da minha turma e da que vem vindo, é horrível!” (Aluna 8 do quarto ano).

Durante o ensino médico, haveria poucas experiências de discutir sobre os pacientes com a enfermagem e outros profissionais no modelo da interdisciplinaridade:

“Um caso bem específico era um paciente de 220 quilos, que estava com uma erisipela e tinha que fazer curativo diário. E curativo, teoricamente, é uma terra de ninguém, e a enfermagem acaba pegando a terra de ninguém. Só que a plástica foi chamada, então teve uma conversa da plástica com a clínica médica e com a enfermagem e cada um falou sua parte. Então teve um relacionamento e uma discussão juntamente com a enfermagem, sobre o caso. Não lembro de nenhuma outra situação em que a conduta foi decidida assim” (Aluno 19 do sexto ano).

3. A conversa na relação médico-paciente

A palavra encantada.

Todos os professores entrevistados consideram a relação médico-paciente parte essencial da prática médica. Alguns a percebem como um espaço voltado para o conhecimento do outro, sendo a conversa um recurso técnico fundamental para a ação do médico. Outros, como a própria expressão da arte médica e o prazer de ser médico. Há ainda os que a pensam como um salvo-conduto.

O professor 4 de Cirurgia falou sobre a singularidade de cada paciente, a administração do tempo e responsabilidade do médico:

“Cada paciente tem o seu tempo. Se precisar demorar quinze minutos são quinze minutos, se demorar meia hora é meia hora, se demorar uma hora, uma hora e meia uma consulta, vai... a consulta vai ter que ser de acordo com a necessidade. Eu não tenho um tempo fixo para atender. É lógico que a gente estabelece certas proporções até porque as pessoas têm seus compromissos, seus horários... Eu ponho na minha prática isso. Eu não tenho nenhuma aspiração de ter grandes volumes de pacientes. A minha prática eu penso como algo muito artesanal. Eu me sinto muito desconfortável se eu tiver que atender muitas pessoas, porque eu não consigo... Eu acho que cada pessoa tem sua individualidade. Cada problema vai estar numa pessoa que tem seu universo. Então, eu preciso conhecer um pouco do universo dessa pessoa para saber, qual é a melhor maneira de abordar aquele problema, a maneira de expor o problema, de compartilhar, às vezes, até um diagnóstico ruim, não é? Um prognóstico mais reservado; sentir qual é o melhor momento de falar, como falar. Porque, infelizmente, na medicina nem sempre a gente tem notícias boas, não é? E aí se você não souber um pouco do universo dessa pessoa empobrece muito a relação. Os hospitais obrigam a gente a fazer esse termo de consentimento para poder operar. Então, um cuidado que eu tenho quando eu o apresento ao doente, é dizer: Olha, isso aqui é um papel que quer dizer só o seguinte: que eu conversei com você, eu expliquei o que é a cirurgia, e o que vai ser feito, e todas as minhas responsabilidades estão mantidas. Então não fique preocupado. Não quer dizer que com isso eu vou me preocupar menos com você, por você assinar esse papel. Mas eu já senti em algumas pessoas esse medo de assinar o termo de consentimento, como quem diz assim: Ah, quer dizer que com isso ele pode ficar mais sossegado. Não! Tem jurisprudência já que

diz que não precisa ter o termo de consentimento, mas, infelizmente a gente copia o que é feito nos Estados Unidos!”.

A importância dessa relação seria ensinada desde cedo, quando os alunos aprendem a relativizar a importância dos exames diagnósticos e valorizar a conversa com o paciente, como contou uma aluna do terceiro ano:

“Olha, o mais perto que eu estive do paciente, foi no curso de propedêutica. Os professores na propedêutica enfatizam muito que você deve conversar com o paciente, tirar uma boa história, entender o que ele está tentando falar. Eu acho que esse lado é bem enfatizado, pelo menos até agora entre o 2º e 3º ano; eu não sei como vai ser mais lá na frente. 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. Eu não sei como é a prática no dia a dia no hospital, mas quem está com 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” (Aluna 6 do terceiro ano).

Embora os alunos nos primeiros anos reclamem do quanto se fala da relação médico-paciente nas disciplinas de humanidades da graduação, quando vão para a prática:

“Eu não esperava. Do lado de fora, eu não tinha noção do que era a relação médico-paciente dentro da vida de estudante de medicina. Então, por exemplo, eu tenho uma dificuldade enorme quando eu faço uma pergunta simples e o paciente não consegue responder. E eu entendo que ele não consegue porque é um mecanismo de defesa, ou não entendeu a pergunta, ou não quer dar o braço a torcer de coisas dele. Mas quando você faz uma pergunta, por exemplo: Quanto tempo faz que isso dói? Eu achava que era uma pergunta objetiva, e não é. E eu não sabia disso. Isso é muito mais

profundo, do aspecto humano, e só fui entender dentro da Faculdade” (Aluno 16 do sexto ano).

E se surpreendem quando ocorre um fenômeno da ordem da intersubjetividade ocorre, pois está além dos aspectos objetivos do tratar:

“O meu primeiro paciente no internato estava com uma hepatite, e eu não sabia do que era. Aí você vai lá, hidrata, colhe exame, conversa todo dia. Você vê que aquilo vai regredindo aos poucos; sem a gente saber a causa. Aí o paciente sai e fala: Bom, muito obrigado! Você me ajudou muito./ Não sei em que eu te ajudei, mas já que você achou, eu fico satisfeito de ter te ajudado, mesmo sem saber como eu te ajudei. Então, às vezes, eu acho que as pessoas esperam um “a mais” da gente, e, às vezes, a gente consegue fazer algumas coisas que nem percebemos que estamos fazendo pelas pessoas” (Aluno 19 do sexto ano).

No geral, consideram que a relação médico-paciente entre alunos e pacientes durante os estágios depende muito da disposição interna do aluno:

“Tem alunos que têm uma relação melhor com o paciente, um pouco mais engajados com o que estão fazendo; e eu acho que tem aluno que não. Depende muito da época da sua vida, do que você está vivendo no mundo fora da Faculdade, e depende também do estágio que você está passando, se é um estágio que você se identifica ou se é um estágio que você não se identifica” (Aluno 18 do sexto ano).

As narrativas sobre a relação médico-paciente falam de compromisso, dedicação, atenção, resolubilidade, arte e beleza. Os alunos vivenciam tudo isso, mas também o contrário...

“Já vi cara estressado não deixando o paciente falar: Não, já falei, é isso mesmo, faz o seu exame e vai embora, tchau! Próximo. Põe o cara meio pra fora, já vi umas coisas meio duras assim. Não sei onde realmente o paciente queria chegar...

Entende? Existe paciente manipulador, então você tem que por um breque, mas acho que aquele breque foi muito brusco, eu não sei se eu faria aquilo. Eu acho que tentaria outra alternativa. Foi uma coisa que me chocou” (Aluno 16 do sexto ano).

3.1. A escuta qualificada como recurso técnico para a boa prática médica

Na vertente daqueles que atualmente consideram a relação médico-paciente como um conjunto de técnicas comunicacionais que permitem ao médico exercer a medicina de forma mais eficiente, observamos um exemplo bem ilustrativo em uma visita³⁵. Na discussão dos casos percebemos que o professor conhecia os pacientes internados e mais que discutir, ele dialogava com seu grupo de aprendizes sobre as impressões dele e dos demais sobre os pacientes em tratamento. Um interno apresentou um caso recém-internado: mulher jovem com quadro de dor articular, exames discretamente alterados. O professor perguntou: *“por que internou?”*; *“para investigar”*, foi a resposta. Ele recontou a história: mãe de dois filhos pequenos, divorciada, desempregada e cheia de dores. Questiona as condições socioeconômicas da paciente e sua situação emocional. De repente, é possível ver uma paciente no lugar onde havia uma miragem de doença criada pelos médicos que a atenderam para ver se achavam nos exames o diagnóstico que eles não enxergavam no seu rosto. O professor perguntou: *“essa paciente tem alguma doença?”* A interna responde: *“Ela tem. A mãe dela disse que ela é HIV positivo sem sintomas e sem indicação de tratamento.”* O professor não se abalou, e continuou: *“que mais?”* Outro interno respondeu: *“acho que ela está meio deprimida...”* O professor continuou: *“é esse o problema dela. Por que internou?”* O residente respondeu: *“por causa das dores, para investigar”*. O professor fechou a questão: *“essa paciente está em depressão, precisa ser tratada porque sofre,*

³⁵ Caderno de campo 25/9/07 - enfermaria.

mas o tratamento não é internação. Os exames estão normais, ela não tem aids, tem o HIV, é diferente. Dá alta e faz o tratamento no ambulatório". O residente perguntou: *"mando pra PQ? (Psiquiatria)"* E o professor respondeu: *"por que mandar pra PQ? Não precisa, coloque no ambulatório de um de vocês"*. Nenhum dos residentes queria a paciente, justificando agenda lotada. Resolveram encaminhá-la para o seu hospital de origem, onde ela já fazia acompanhamento. O professor: *"Não vamos investigar nada de laboratório, precisa conversar com ela, entender melhor o que está acontecendo na vida dela para entender essa depressão. Dá analgésico para as dores, se necessário, antidepressivo, mas veja se tem mesmo alguém que possa acompanhá-la. Essa paciente é normal, não tem que fazer nada aqui na enfermaria"*.

Nessa mesma visita, discutiu-se outro caso rico em sintomas clínicos de uma síndrome rara, também em alta para acompanhar no ambulatório. Para esse caso, uma residente tinha vaga na agenda. O professor brincou: *"para a paciente deprimida não tem vaga... Ninguém quer cuidar dessas pacientes!"*.

Esse professor se destaca por sua capacidade de trabalhar nas várias dimensões propostas pelo modelo da integralidade na saúde, resultado de uma escuta refinada da história clínica e da vida dos pacientes. A relação médico-paciente se apresenta como um procedimento médico para o bom exercício da profissão e a boa prática neste caso está aderida à boa anamnese e ao julgamento de raciocínio crítico, valorizando a dimensão reflexiva hoje menos presente na prática médica. Ainda assim não resiste à indicação de fármacos (os antidepressivos), mesmo antes de aprofundar a conversa (a anamnese) que havia recomendado, e não combate, ainda que observe e registre para todos de público, a "seleção" de casos raros e patologicamente mais valorizados feito pelos residentes para seu aprendizado no ambulatório.

A professora 4 de Clínica diz que a conversa com o paciente é o aspecto mais importante da prática clínica, mas não a considera um procedimento técnico:

“Poucas vezes, o exame físico muda totalmente aquilo que você tirou na anamnese. E não é uma coisa técnica e jamais vai ser: qualquer relação humana, seja profissional ou não, tem que ter atenção, tem que ter concentração; e dedicação. Tudo tem que ter limite, mas se você não tentar entender o que a pessoa está te falando, você está perdendo o seu tempo. Se é uma coisa de prescrever um antibiótico, qualquer imbecil faz, qualquer computador faz. Para entender o contexto do que aquilo significa naquele paciente, na maioria das vezes, você tem que ouvir o que o cara fala. A maioria dos meus doentes são analfabetos, por exemplo. E cuidam da doença deles, das medicações, melhor do que eu. Porque eu tento mostrar para eles como é, e a gente vai conversando, e eu sei qual é o contexto da casa deles, como eles são, como reagem. Então, a gente vai conversando, vai acertando. Não existe o 'Eu falo, você faz'. Existe o: 'A gente combina'. Não adianta eu passar uma coisa que ele não vai ter condição de fazer, e Ah, é azar dele, eu não tenho culpa se ele é pobre. (...) Então, não tem sentido fazer as coisas sem ter essa relação de parceria. Essa parceria só é conseguida a partir do momento em que você olha nos olhos do seu paciente, na hora em que ele entra, e cumprimenta, chama pelo nome; tenta entender o que está acontecendo com ele. Se não, não adianta nada. Quando eu fiz residência, não existia ultrassom e nem tomografia. Se melhorou? Lógico que melhorou. Hoje eu passei uma visita, falei: Olha, gente, no meu tempo de residente, isso aqui eu faria assim. Agora não tem sentido abrir o doente sem saber o que tem dentro antes, pelo menos ter uma ideia, ter mais segurança. Então, a técnica melhorou? Brutalmente. Mas a gente tem que tomar muito cuidado, porque a técnica tem que estar inserida no contexto para se chegar ao que é melhor para o doente, e não para eu poder me resguardar do processo disso ou

daquilo, ou para mostrar que eu acabei de ver o último guideline. (...) E, por isso, é complicado você ter uma consulta de dez minutos, eu não consigo entender. Tem gente que acha tranquilo, mas eu acho complicado”.

Também a professora 3 de Clínica pensaria assim:

“Eu posso te falar, no meu consultório, em 15 minutos eu fiz a consulta, os outros eu fico batendo papo com o doente sobre ele. Eu acho que isso talvez seja o mais legal. Você tem mensagens nessas conversas que, às vezes, na conversa sobre a doença você não tem. Eu estava falando disso essa semana. Os médicos pedem um exame complexo, sem tirar a história, sem ver o que o cara realmente está sentindo. Lembrei de um exemplo. Tem uma paciente que vem ao meu consultório por uma hipertensão, ela já tratava de depressão, e aí em dois minutos eu vi qual o remédio que eu ia dar para ela, e aí nós começamos a bater papo sobre família. E ela começou a me falar do relacionamento dela com as noras, com isso e com aquilo, que explica a depressão dela, que explica o mau controle da pressão, entendeu? Voltando agora a outra parte que eu estava falando da tecnologia, eu acho que os médicos e isso eu falo para os meus alunos do 4º ano, a gente pega um caso e eu falo: Vocês vão tentar descobrir tirando tudo pela história e exame físico. Quando não der mais que aí que a gente vai ver que exame pedir, e não vai ser um monte de exames, é um de cada vez. Por que se você estiver na Amazônia, o que você vai fazer se não tiver esse exame? Porque as pessoas estão acostumadas a pensar só com as máquinas, ninguém mais valoriza a história. Então eu sou contra muita tecnologia. Sabe qual é outro problema? Às vezes, o doente vai fazer procedimentos que não precisava e ele morre em complicações do procedimento, por que existe aquela “necessidade” de fazer o diagnóstico raro. E o paciente vai ficando na enfermaria, e aí acaba pegando uma infecção, ou passa alguém

e acha que está desidratado e põe um soro, o cara faz um edema no pulmão... Eu já vi muito disso”.

Os alunos também se dividem entre os que consideram a conversa um recurso técnico e os que a definem como inerente à natureza humana e à prática médica. Entre os que ficaram com a primeira opinião a esse respeito, um aluno do quinto ano relatou uma ideia muito particular em que a conversa seria inclusive um recurso técnico para agilizar o atendimento. Também constrói a ideia de que na relação médico-paciente é necessário que se estabeleçam lugares bem definidos aos sujeitos e com muita propriedade destacou o limite tênue entre vínculo e amizade:

“A conversa é essencial nos mais variados aspectos: para resolver o problema do sujeito quando ele traz a demanda, porque com certeza isso influencia no processo de saúde e doença, para prevenir futuros problemas, porque aí você conhece o cara, e para agilizar a consulta. Quanto mais você conhece o sujeito, mais rápida pode ficar a sua consulta. A conversa às vezes cai num bate-papo (isso acontecia muito quando a gente passava lá no Centro de Saúde-Escola no 4º ano, porque no 4º ano você é bocó), mas no 5º ano você tem um traquejo melhor. Você sabe que patologia está buscando, sabe o que é um desenvolvimento bom da criança, entende um pouco melhor a cabeça da mãe e entende um pouco melhor a ficha também. (...) Porque a mãe, quando vai ao seu consultório, não está procurando um amigo; pode ser que fique amigo dela, mas ela não está procurando um amigo, ela está procurando o pediatra do filho dela. Quando você está no 4º ano, você não se entende como pediatra, pelos menos no que se refere à capacidade de responder a essa busca da mãe. Então você já quebrou o diálogo ali, você já matou a conversa. Você não se enxerga como ela o quer, você nem sabe o que ela está procurando. Você não tem essa experiência, que demanda aprendizado” (Aluno 10 do quinto ano).

Uma aluna do sexto ano acha que a conversa não é tecnologia, mas isso não diminui sua importância para a prática médica como recurso diagnóstico:

“Eu não considero a conversa como tecnologia. Acho que a conversa é uma coisa muito antiga, que tem que continuar sempre a ser aprimorada. Acho que conversar é uma arte. Por exemplo, ontem eu estava no ambulatório e fui atender uma paciente que chegou com uma queixa de dores no corpo. Onde dói? Dói tudo. Tudo onde? Dói tudo, dói até o ombro, dói meus braços, não pode nem encostar aqui. E doía tudo. Já vi que era bucha. Alguns pacientes são mais demorados, exigem demais de você, te desgastam. Porque a medicina é desgastante, você gosta, mas é desgastante. Aí, tudo bem, comecei a entrar em tudo na conversa, perguntar tudo. Aí, descobri que era uma paciente depressiva, morava sozinha, tinha perdido a família; como não tinha ninguém em São Paulo, morava no emprego. A patroa até que era boa, mas ela sentia que estava sozinha. Começou a doer tudo, não achava causa para isso. Uma depressão mal controlada, porque o médico do posto de saúde não olhava na cara, dava medicação e ela continuava igual. E quando ela queria conversar, ele falava: Ah, procura a psicóloga. Aí, ela foi à psicóloga, mas achou que não estava adiantando muita coisa. Então ela estava nessas. Aí, a base que eu achava que era orgânica senti que tinha muito a ver com isso, e conversei com ela e expliquei tudo isso. Aí, ela começou a falar: Mas me formiga todo o braço e eu não sei de onde vem esse formigamento, não sinto direito. Aí, eu fui reparar na mão dela e tinham umas lesões, uns machucados, queimados. E mais na mão esquerda. Como a senhora queima tanto aqui? A senhora não sente direito? Ah, não sei. Eu queimo aqui e não percebo, não sei o quê. Bom, tinha tido hanseníase há quatro anos, tinha um déficit neurológico, não sentia muito bem mesmo com a mão esquerda” (Aluna 17 do sexto ano).

Outro aluno do sexto ano corrobora tal importância:

“Eu acho que toda conversa é terapêutica, desde o momento que você se apresenta e a pessoa se apresenta para você até o último momento da consulta, quando você fala tchau. A partir dali você está conhecendo uma pessoa. Você está abrindo a sua cabeça para entender o próximo e a outra pessoa está se abrindo também para que você possa dar um jeito de explorar o que está acontecendo de errado com ela, de todas as maneiras. Por isso que eu acho que a conversa é tão essencial (...) Na correria de hoje em dia, uma fila de 50 pacientes no ambulatório lotado, você chegar e perguntar para a pessoa como é que está a filha nova dela que acabou de nascer, sendo que isso não é a queixa dela, não faz sentido. Agora, às vezes a pessoa está ali e você perguntando isso abre caminho para um vínculo maior; você está mostrando uma preocupação a mais, mostrando que você está ali, a vendo como uma pessoa, não só como, sei lá, como o foco de um problema ou alguma coisa assim. Através dessas perguntas você descobre muitas coisas da pessoa, você avalia desde coisas objetivas, como onde ela vive, com quem ela vive, a qual epidemiologia ela está sujeita, como você pode também avaliar como está a cabeça dessa pessoa, como ela vê a sua doença, como é que ela vê o seu problema, como é que ela vê o que ela está sentindo. Você percebe se ela tem alguma angústia, alguma dúvida que você possa esclarecer, e como eu disse, isso é terapêutico também; você avalia o humor dessa pessoa, avalia se ela está gostando, se isto está sendo recíproco, se ela está respondendo bem ao que você quer. (...) A escuta é dar abertura para o paciente trazer para você aquilo que para ele é importante. Às vezes para você o importante é, sei lá, uma lesão que o paciente tem na barriga, e ele não está preocupado com isso, ele está preocupado com a coceira que ele sente no pé. Então eu acho que isso faz parte da escuta, você se abrir e deixar ele falar. Acho que está é a diferença. Mas no ritmo em que você aprende não dá pra ser. Eu acho que seria o certo, mas não é o que a gente vê” (Aluno 18 do sexto ano).

O aluno do quinto ano reflete sobre por que seria tão difícil manter o aprendizado do vínculo, apontando falhas estruturais do ensino que vão contra o que teoricamente se preconiza:

“É lógico que você tem que sentir cada paciente. Tem alguns pacientes que querem você mais próximo e têm outros que querem você distante, e você tem que respeitar. Com relação à conversa com o paciente, conversa amistosa (nada a ver com medicina), hoje eu tento não fazer isso. Eu acho que é ruim para mim e para o paciente. Por causa do apego. É muito legal quando o paciente é grato a você, te dá um presente, mas é ruim também. Por exemplo, mudança de estágio pra mim é muito delicado. Tinha um paciente que eu peguei nos quatro últimos dias de estágio, ele tinha um câncer de fígado e estava fazendo uma tomografia. Ele fez a cirurgia, abriu e fechou, porque era irressecável. Ele fez um relacionamento muito bom comigo. Aí de repente no penúltimo dia de estágio tive que falar para ele: Olha, eu vou ter que ir embora porque eu vou mudar de estágio... A situação é meio bizarra, porque é praticamente: A partir de amanhã eu não vou mais acompanhar o senhor, e o senhor vai ficar aqui, vai continuar com o câncer, que não dá para ressecar, tá bom? Mas fica sossegado, fica tranquilo. Isso é um negócio que me incomoda bastante. Então eu tento não me expor muito e nem expor demais o paciente. Porque é muito ruim para eles verem a gente indo embora”
(Aluno 13 do quinto ano).

O professor 1 Clínica, entretanto, aponta que não só problemas de organização do trabalho e ensino impediriam a boa relação médico-paciente, mas possivelmente outros fatores que envolvem mais a atitude e disponibilidade interna do médico:

“O Saúde da Família é um programa que tem tudo para dar certo. O médico é bem pago em relação à média, o médico tem um trabalho finito e o médico tem uma disponibilidade para trabalhar com grupos de pessoas. Agora você precisa fazer os

médicos entenderem o que é isso. Um problema sério é a falta da conversa. Médicos, alunos, residentes e assistentes estão conversando cada vez menos com o doente. (...) A maior parte das minhas consultas no consultório é de assuntos não médicos. Essa conversa faz você entender o doente. Por exemplo, acabei de passar na visita agora e tinha uma menina de 23 anos chorando porque estava internada com uma doença grave. 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 para a gente conversar com uma menina esse tipo de coisa. Então isso falta, falta mesmo.”

Na observação na Cirurgia Geral, não apareceu a escuta como recurso técnico. Se o paciente é, tantas vezes, outro invisível, a escuta como recurso técnico não se faz necessária, nem possível. Mas, na entrevista com o professor 4 de Cirurgia, encontramos um cirurgião que valoriza a comunicação com o paciente:

“Acho que fundamentalmente eu procuro escutar, na maior parte das vezes, o que o doente traz espontaneamente e o que ele vai me contando, relatando. Algumas vezes, eu tenho que buscar informações porque também existe a própria reserva da pessoa, tem coisas que ela não quer compartilhar, mas que talvez sejam necessárias para eu poder definir um determinado tratamento e aí tenho que ser ativo nessa busca. Então, eu tento combinar anamnese com uma boa escuta e uma boa conversa com o paciente. Dedicar tempo para esta conversa que é um momento importante. Eu acho que conversar com o paciente é importantíssimo!”

Na discussão de Bioética que se realizou durante o estágio de Cirurgia Geral, o professor não só acolheu o ponto de vista dos alunos como discutiu com eles a importância da escuta como recurso técnico para a prática da boa medicina. Disse para os alunos que o médico sempre tem o que fazer pelo paciente, nem que seja ficar do seu lado e escutá-lo... Isso não é coisa fácil para os médicos que sempre querem algum

recurso tecnológico para intervir. Sua orientação para o serviço que coordena nesse hospital é que, no atendimento, haja tempo de conversar com o paciente, mas concordou que o hospital tem um mosaico de cenários diversos, regidos pelo que vai à cabeça de cada gestor local. Apontou que a diversidade de opiniões é fundamental para o bom aprendizado e que os alunos vão inventar o seu modo de ser médico de tanto ver doentes. Serão bons médicos, mas mesmo assim vão errar, porque continuarão humanos, portanto falíveis. Erra menos quando se tem uma boa relação médico-paciente, que se constrói pela escuta qualificada.

Por fim, foi bem lembrado que haveria também pacientes que não querem conversar como nos contou um aluno do sexto ano:

“Tem paciente que não quer conversar, não. Tem paciente que chega: Ah, o senhor está falando muito... E eu nem estava conversando, eu estava realmente querendo entender e fazendo uma anamnese bem direcionada. Eu estava questionando um paciente obstipado: Você come o quê? Como está a sua dieta; mudou a dieta...? Você tem algum problema de saúde? Doutor, eu não vim aqui para conversar, eu vim aqui para o senhor fazer um exame e me tratar. É aquela coisa que o paciente acha, que o exame trata, enfim. Então “tá” bom, já que é assim...” (Aluno 19 do sexto ano).

3.2 A escuta como dever moral ou conduta que convém ao médico

Em outro contexto, a preocupação com essa interação está presente, mas deixa passar a ideia de que tem essencialmente um caráter moral, e menos tecnológica ou mesmo vocacional. Assim termina por situar-se externa ao ato técnico, como vimos nesse pedaço de uma visita³⁶: professores e residentes estavam preparando uma conversa com a família de um paciente em estado grave. Pareceu-nos interessante que o

³⁶ Caderno de Campo 12/4/07 - enfermaria.

tempo gasto para compreender os aspectos emocionais e relacionais do caso foi bem maior que o gasto para a conduta clínica. Entretanto, ao final, um residente se manifestou para o colega “*dono*” do caso: “*Mas o que eu queria mesmo é saber qual será a sua conduta como médico?*” A pergunta pareceu reveladora, afinal, até então estavam discutindo como o quê? Pareceu que, como a discussão estava muito polarizada para a relação médico-paciente-família, para o residente era como se não estivessem discutindo um ato médico. Pergunta que não foi percebida dessa forma, mas serviu para que mudassem o foco para os aspectos biomédicos do caso.

Além do dever moral, a relação médico paciente seria um recurso diplomático para a prevenção dos médicos contra processos ou agressões de pacientes, útil como estratégia de autoproteção, não necessariamente para instruir a boa decisão. Segundo a fala de um professor durante uma visita³⁷: “*A escolha do que fazer ao paciente deve considerar os riscos, por que se der errado o mundo cai na cabeça do médico. A família cai matando! Claro que o médico deve pensar primeiro no seu paciente, independentemente da família, mas quando a coisa fica difícil, precisa envolver a família para não ter problemas depois, principalmente se o prognóstico for ruim*”.

Naquela noite o paciente em questão teve complicações e foi a óbito. Antes mesmo de ele morrer, enquanto estava sendo reanimado, familiares seus invadiram a enfermaria aos gritos dizendo que cabeças iam rolar!

A aluna do quarto ano também evocou esse dever moral nesta fala:

“*Olha eu acho que conversa, você conversa com qualquer pessoa. Anamnese, pra mim, é uma coisa mais direcionada. Às vezes a pessoa, além de ter a doença ou o problema, tem outras coisas que você pode ou não resolver, pode ou não ajudar, mas que no mínimo você deve escutar, como se faz com todo ser humano, sabe? Se vem um*

³⁷ Caderno de Campo 20/9/07 - enfermaria.

amigo seu ou uma pessoa conhecida e fala assim: Ah, eu estou com um problema. Você vai escutar. Eu acho que faz parte da anamnese, e da conversa em geral, a escuta.” (Aluna 8 do quarto ano).

A aluna do terceiro ano ponderou inclusive que a conversa talvez viesse a suprir uma falta técnica do médico, funcionando como uma sutil sedução:

“Toda vez que eu vou ao médico, ou vou com algum parente meu, eu acho muito importante ele olhar nos olhos, sorrir. Não tem muito a ver com o seu conhecimento, que no final das contas às vezes um médico rabugento, mas que saiba muito sobre a doença, seria melhor. Mas no primeiro momento você não sabe se ele sabe muito ou não. Você não sabe se ele vai resolver o seu problema ou não. Então assim, eu também quando o paciente chega para mim, não sei se saberei resolver o problema dele, então acho bom investir nesse lado.” (Aluna 5 do terceiro ano).

No aspecto moral da atitude médica, 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.

O comportamento antiético e mesmo ilegal (no sentido do não cumprimento dos direitos do paciente) é uma prática presente, inclusive observado durante uma visita à enfermaria³⁸ na Cirurgia Geral, no caso de uma menina com tumor na perna: na visita, chega-se ao leito de uma 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.

³⁸ Caderno de Campo 21/01/08 - enfermaria.

Nas tomadas de decisão, o autoritarismo e a falta de respeito à dignidade são notórios. Na discussão de Bioética que observamos, uma aluna relata o fato acontecido no seu primeiro plantão noturno do Internato³⁹.

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 começou com uma hemorragia no pescoço, espirrando sangue até a parede. 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 o lembrou 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, na fala da aluna: *“O paciente estava morrendo e todo mundo enganando ele, dizendo-lhe que ia ficar bom. Achei muito desumano! Fazem assim direto, não falam a verdade para os pacientes, mentem descaradamente.”*

Outra aluna tentou minimizar o relato da colega: *“Acho que a conduta foi correta, vocês estavam de plantão e não sabiam o que os donos do caso haviam discutido. Cumpriram o que estava prescrito, está certo.”* Não convenceu os colegas, nem o próprio professor que considerou o caso como de abandono e atitude pouco humana. Por ironia do destino, esta situação aconteceu exatamente no seu serviço, com médicos da sua equipe... Entre o discurso e a prática há uma longa distância a se percorrer, portanto.

Na mesma discussão, outra aluna contou que não há uma diretriz de conduta ética para todos. Eles acabam aprendendo *“no susto”* o que fazer nessas situações, porque parece que ninguém sabe direito o que fazer. Disse que uma paciente sua ia para a cirurgia com grande chance de não suportar o procedimento, mas que ninguém havia

³⁹ Caderno de Campo, 29/01/08.

conversado com ela sobre a possibilidade de não fazer a cirurgia. Não lhe deram chance de escolha. *“Para todos os pacientes eles sempre dizem que está tudo bem, que não é nada, que vai passar, mesmo quando sabem que é muito grave e não vai passar coisa nenhuma.”* Outra aluna disse que o ambulatório não é lugar para conversar. *“É muito cheio, e como vão saber se o paciente aguenta ou não ouvir sobre sua doença?”* Seria preferível falar com os familiares e esses depois resolveriam o que fazer. A aluna achou que seria uma boa saída. A maioria achou que não, e o professor mais uma vez endossou o coro.

Núcleo temático da interatividade

A intersubjetividade no horizonte possível.

Na primeira parte da análise interpretativa desse estudo, dirigimos nosso foco para expressões das subjetividades de alunos e professores, ressaltando modos de ser e modos de perceber o outro que, ao nosso olhar, resultariam na possibilidade (ou não) do “estar junto”, da aproximação interpessoal que na medicina é condição necessária para a qualidade da prática assistencial. Ao encontro dessa intenção, na segunda parte do estudo, buscamos compreender aspectos do trabalho médico (recursos técnicos e tecnológicos e organização) na sua forma vívida no cotidiano de atenção e ensino.

A combinação de ambos os enfoques e mais a observação e análise de narrativas sobre os relacionamentos na escola estudada, constituem a terceira parte desta análise, o Núcleo Temático da Interatividade, que agrega as seguintes categorias analíticas e suas correspondentes empíricas, com declarado interesse maior pelas possibilidades intersubjetivas do encontro de professores e alunos:

Categoria Analítica	Categoria Empírica
1. Tipos de Relação Pedagógica	Baseada na onipotência do professor
	Baseada no vínculo e na relação dialógica
	Baseada na desqualificação do aluno
2. Práticas Comunicacionais	Linguagem que aproxima as pessoas
	Linguagem que afasta ou exclui as pessoas
3. Violência	Devido à assimetria das relações
	Devido a preconceitos
	Devido a comportamentos coniventes

Como mencionamos no início deste trabalho, o interesse pela temática da intersubjetividade, nos tempos atuais, expressa-se em várias linhas de pensamento, algumas atinentes à nossa base teórica.

Retomando o raciocínio que traçamos inicialmente sobre o *eu* e o *outro*, em que apresentamos ideias de autores que os colocam como instâncias que se constituem e se definem de forma relacional e reflexiva, em uma primeira aproximação, diríamos que a intersubjetividade se refere à experiência de compartilhamento.

Apesar do tema atraente, para os fins deste estudo, vamos nos ater a uma síntese das formulações de Coelho e Figueiredo (2004, 2008) sobre tal experiência de compartilhamento. A partir de seus estudos sobre a intersubjetividade na filosofia e psicanálise contemporânea, os autores caracterizam a intersubjetividade dentro de quatro matrizes de organização da alteridade e da constituição subjetiva.

No primeiro plano matricial, chamado de **intersubjetividade trans-subjetiva**, das leituras de Scheler, Heidegger e Merleau-Ponty, os autores localizam as experiências do encontro com o outro no campo de uma realidade primordial, ou “materna”, conjunto cultural que precede o *eu*, e também corpo, superfície de pele, em contato com o qual derivam sensações corporais que vão dar os primeiros contornos ao *eu*. Trata-se de uma primeira experiência de acolhimento em que não há confronto nem oposição entre o *eu* e o *outro*, posto que nem sequer são assim operados, partes de um

tempo de indiferenciação, anterior à noção de interno e externo, um tempo de existência “pré-subjetiva”.

O segundo plano matricial, ou a **intersubjetividade traumática**, apoia-se nas ideias de Levinás, algumas das quais já apresentadas anteriormente neste trabalho. Nessa modalidade, a experiência de encontro com o *outro* concreto, que antecede o *eu*, na sua irreduzível diferença, é traumática porque ameaça e exige trabalho de adaptação constante entre o *eu* e o *outro*, como condição para a singularização do *eu*, no início e ao longo de sua existência.

A **intersubjetividade interpessoal**, terceiro plano matricial, diz respeito ao campo de relações entre sujeitos já constituídos. A experiência intersubjetiva seria aquela vivida simultaneamente por vários “eus”, ou por várias “mentes”, envolvendo testemunho, reconhecimento, complementaridade. Tomam por base os estudos de Martin Buber, George Mead e Habermas. Nesse plano, a realidade compartilhada envolve a atenção conjunta a objetos de referência e a comunicação dentro de um domínio linguístico comum. Refere-se, portanto ao que neste estudo chamamos de interatividade. No campo das interações, aparecem as expressões dirigidas a outros, palavras e gestos que ganham sentido na própria interação, as interpretações, as inferências sobre intenções e sentimentos e a capacidade de entender uns aos outros.

E finalizando a leitura desses autores, o quarto plano matricial, ou da **intersubjetividade intrapsíquica**, apoiado principalmente em Freud, Melanie Klein e Winnicott, refere-se às relações entre as instâncias psíquicas (Id, Eu e Super-Eu), os objetos internos, e o próprio funcionamento mental, que, na teoria psicanalítica, se dá como intrincada rede de relações com objetos (que podem ou não ter lastro de realidade vivida) no amplo, escuro ou iluminado teatro da mente humana.

Alerte-se que, para os autores, tais planos matriciais não constituem tipos isolados ou etapas de formação das subjetividades. Antes fornecem esquemas interpretativos para situações complexas em que esses planos coexistem e se interpenetram. Neste estudo, trabalhamos mais com a ideia de intersubjetividade interpessoal, mas algumas vezes recorremos às matrizes trans-subjetiva e traumática para melhor entender e construir interpretações mais aprofundadas sobre certas representações que emergiram do material empírico.

Iniciamos, então, a análise do Núcleo Temático da Interatividade com algumas considerações sobre as impressões que os sujeitos deste estudo revelaram sobre o ambiente relacional nessa escola.

À primeira vista são relações sociais e profissionais. Mais de perto, são relações bastante heterogêneas, indicando a sua complexidade.

Alunos e professores de Clínica ou Cirurgia disseram, no geral, que seriam relações superficiais, distantes, instrumentais, e pouco confiáveis. Na voz do professor de Cirurgia:

“O relacionamento interpessoal de professores, do meu ponto de vista moral e ético, tem uma série de defeitos. Predomina o interesse, eventualmente de grupos, de pessoas, de serviços, e não os interesses institucionais. E isso é uma coisa que eu vivi aqui dentro toda a minha vida” (Professor 3 de Cirurgia).

O aluno do sexto ano deu um exemplo da atitude desonesta entre pares:

“Foi uma situação engraçada. Aconteceu dentro da 'panela'. O pessoal gosta de fazer procedimentos e não fica se livrando disso. Aí perguntaram para nós: Tem um tórax para ser drenado. Quantos drenos você já fez? Respondi: Fiz um. E o meu colega também: Ah, eu também fiz um. Então eu disse: O paciente é seu, faça você. Aí você vai ver a pessoa drenando e escuta ela dizer: Esse é o quinto dreno que eu faço. Mas não ia

ser o segundo? Não, esse é o meu segundo no estágio. Eu falei que era o meu primeiro porque só tinha feito um na vida e ele já tinha feito outros quatro na vida. Não falou que era o primeiro do estágio” (Aluno 19 do sexto ano).

A crise ética que mobiliza discussões na sociedade como um dos graves problemas da pós-modernidade tensiona os muros da escola... Na fala do professor 4 de Cirurgia:

“Uma coisa que eu falo para os alunos na aula prática é: Olha, essa é uma estrutura muito grande, vocês vão ver muita coisa aqui durante o curso. Acho que o nosso maior professor é o paciente, é quem, de fato, nos ensina a maior parte das coisas! E entre aqueles colocados como professores para ensinar, existem dos mais variados tipos aqui dentro, e vocês vão ver coisas extremamente diferentes! Então eles têm que ter crítica para saber o que acham bom e dizer: Olha, eu vou fazer assim durante a minha prática médica. Ou o contrário! Eles vão ver coisas que ninguém concorda, atitudes extremamente negativas. Na relação médico-paciente, eu digo para eles: Desses daí vocês têm que aprender o seguinte: Olha, eu nunca vou fazer isso na minha prática médica. E eu digo: Infelizmente a gente não tem como, na instituição, tentar mandar Fulano embora porque não tem ética com o paciente, porque trata o paciente como um objeto. É muito difícil, a gente não consegue. Até porque são pessoas já muito inseridas, que vêm, talvez, de uma escola mais antiga de pensamento e de relacionamento com paciente. Aí vai dos próprios valores da pessoa. Por exemplo, para mim não existe nenhuma diferença do paciente daqui, que pode ser extremamente humilde, do doente mais diferenciado possível que possa ter no meu consultório; são pessoas que precisam de cuidado e vão receber, vão ter de mim a mesma atenção e respeito. É lógico que, a gente tem que saber moldar a linguagem. Tem que saber conversar com um de uma determinada maneira e com outro de outra, e se fazer

entender para uma pessoa mais simples, mas o respeito tem que ser o mesmo. Desde o faxineiro do hospital até o superintendente, todos merecem o mesmo respeito, na minha opinião”.

Embora seja frequente a ideia de que há problemas de comunicação na instituição, para todos os professores o que há é oportunismo e falta de interesse pelo entendimento, como sintetiza o professor de Cirurgia:

“Não é problema de comunicação, falta é boa vontade, espírito crítico, humildade, às vezes, para conversar, para estabelecer uma negociação, entre aspas, no sentido de tentar achar soluções para problemas. Não, não é questão de comunicação. Eu acho que comunicação, quando você quer, tem; ela não é a causa, é o subproduto de um desejo de querer ou não conversar, achar soluções, resolver problemas.”
(Professor 3 de Cirurgia).

Na observação pudemos perceber que nas relações professor-aluno, era sempre o mestre o protagonista da cena, e mesmo havendo espaço para o aluno se manifestar a interlocução era incipiente. É curioso observar que mesmo tendo espaço de participação, a cena se estabelece com professor espetáculo e aluno espectador opaco.

O ambiente de ensino e a atitude dos alunos é absolutamente professor-dependente. Mesmos alunos de um grupo do Internato se comportam de uma maneira na presença de um determinado professor e de outra na presença de professor diferente. E os professores são muito diferentes... Fenômeno que, na verdade, se apresenta bem antes do Internato.

Tanto na Clínica quanto na Cirurgia, para a atividade didática, assim como para todas as outras tarefas, prevalece o modo de organização do trabalho pela divisão, cada um cumprindo suas tarefas de forma individual. Por exemplo, há uma escala de quem discute os casos, onde e quando, mas cada professor discute com o aluno do jeito que

achar melhor. Tampouco no que se refere à atitude médica. Os professores são modelos cuja escolha fica a critério dos alunos.

O que é comum a todos é a atitude do ensino centrado no professor. O professor detém o saber e faz a transmissão oral para o aluno no modelo pergunta-resposta (correlato do modelo queixa-resposta no trato ao paciente), no qual na grande maioria das vezes ele faz a pergunta e ele mesmo responde.

Na Cirurgia Geral, nos vários cenários observados, mesmo quando o programa previa atividades potencialmente mais interativas, na prática, elas tomam o formato de aulas expositivas. Assim, as discussões de caso, as reuniões e mesmo nas visitas, os alunos passivamente assistem aulas e longas exposições sobre vários assuntos complexos. O volume de informação é muito grande para o curto espaço de tempo do estágio e o modelo usado não estimula a participação e o desenvolvimento de raciocínio do aluno.

Por outro lado, os alunos desde os primeiros anos mostram-se acomodados com esse lugar por motivos que merecem nossa atenção. Na fala da aluna do terceiro ano, o pouco interesse dos alunos de um modo geral e o desejo de ter mais tempo para muitas outras coisas na própria Faculdade seria uma das razões de tal atitude, e um problema:

“As pessoas têm vontade de fazer tudo rápido, depressa, malfeito também; ou fazer coisas demais e não se preocupar com a qualidade. Eu vejo isso muitas vezes nos alunos aqui: todo mundo quer fazer tudo, abraçar o mundo. Eu sou um pouco assim, mas eu tento me controlar também. Sei lá, quando eu vejo que eu não estou conseguindo, eu saio. Mas querem abraçar tudo e deixam a desejar tanto na qualidade do que elas estão fazendo em relação ao outro quanto no aprendizado que elas próprias poderiam estar tirando de uma situação. (Acho que as pessoas nem devem ligar para isso, mas eu vejo assim.) Eu estudei em escola construtivista, da primeira

série até a oitava. Então, eu tenho outro jeito de lidar com o conhecimento. Com os professores é ainda pior... Não tem abertura, como tinha no colégio, para fazer perguntas, para discutir no meio da aula. Porque tem noventa pessoas de 'saco cheio', querendo ir embora, e você vai ficar atrasando a aula, entendeu? Aí, se eu tenho alguma pergunta, eu vou depois, no fim da aula. Porque eu perguntava muito no primeiro ano, e acho que as pessoas me achavam 'um saco'. E até hoje elas me zoam por isso” (Aluna 7 do terceiro ano).

Também no depoimento de outra aluna do terceiro ano aparece o comportamento pouco comprometido do aluno com o seu aprendizado:

“Acho um absurdo ir à aula, assinar a lista, levantar e ir embora; ou ir à aula e ficar falando enquanto o cara está lá se dedicando. Sei lá, eu acho isso uma forma, talvez não de violência, mas no mínimo de um desrespeito muito grande. Porque eu acho que falta uma posição de verdade da Faculdade, ou a aula é obrigatória pra todo mundo, e todo mundo vai vir e ficar quieto, ou então não é obrigatória, e vem quem quer. Eu acho um desrespeito absurdo com o professor, e com os colegas que estão tentando assistir e tem um infeliz atrás de você que fica dando risada, ou então um cara que abre o jornal e fica lendo na sala de aula. Eu fico tentando me colocar no lugar de quem está dando uma aula, e nossa, eu acho horrível! Às vezes você está cansado, você virou a noite estudando, fazendo trabalho e você cochila na aula, é uma coisa. Agora o cara que faz isso todo dia, mora aqui do lado, chega às 10 h da manhã, entra e dorme... Eu não sei, eu acho isso extremamente errado. Às vezes falam que eu sou uma pessoa muito certinha, muito quadradinha, enfim, mas a minha educação foi assim, os meus pais me ensinaram a respeitar os professores e eu penso desse jeito” (Aluna 6 do terceiro ano).

O que nos faria pensar que tal lugar dessubjetivado não dependeria apenas do professor, mas também do aluno que ingressa nessa escola. Tanto que encontramos no depoimento da aluna do primeiro ano uma situação bastante singular na relação professor-aluno que envolve não só sua maior idade, mas sua postura séria, interessada em aprender e sua personalidade, possíveis outros fatores explicativos:

“Eu criei amigos entre os professores. Por um traço de personalidade, porque eu não me intimido e vou, acho que por essa segurança e por ter mais idade também. Eu sei que o cara não vai me perseguir, não vai ficar procurando o meu nome na lista e ver se eu faltei ou não. Eu sei que a relação não é essa, a relação é de gente grande. É isso, eu não estou brincando e o cara também não está brincando. (...) No final do curso, quando tem abertura, eu sou a que fala. No final eu viro motivo de chacota na classe. Porque eu escrevo... Já que é pra escrever é detalhado, é um monte. Poxa, se o cara já deu abertura, eu vou perder isso? Eu acho que até para ajudar um pouco. Porque às vezes alguma coisa que ele não se dá conta... Eu não me lembro de ter tido problemas com os professores por isso. Não tive mesmo. Talvez por eu me fazer tão presente na aula, porque eu pergunto pra caramba, não sou mais uma nos 90. Mesmo que eles não saibam o meu nome, é uma relação um pouco diferente do que com os outros 89 que estão na sala” (Aluna 1 do primeiro ano).

Assim, de acordo com o lugar que o professor ocupa na relação com o aluno (e sua aceitação ou recusa) define-se ao aluno a condição de sujeito ou de objeto na relação professor-aluno, como veremos a seguir.

1. Tipos de relação pedagógica

O encontro do mestre e seu aprendiz de arte.

A relação professor-aluno é aqui pensada como o encontro pedagógico que permitiria a experiência intersubjetiva necessária ao aprendizado da competência relacional. Observamos que a consciência clara dessa dimensão pedagógica aparece em algumas narrativas de professores e alunos, mas vários comportamentos atestam o desconhecimento, ou pior, o mais completo descaso e falta de responsabilidade de outros para com esse importante papel do professor de medicina.

1.1. Relação pedagógica baseada na onipotência do professor

Observamos que há professores que pouco interagem com os alunos e, em geral, pouco interagem com os pacientes também. O discurso é de que se deve ver o doente, mas na prática e na pressa discutem-se os sinais e sintomas e os exames de laboratório.

Antes mesmo do Internato, os alunos falam da atitude distante calcada na transmissão vertical de conteúdos, pouco disponível à interação com o aluno, talvez devido à falta de preparo dos professores para desenvolver discussões com os alunos, como nos conta a aluna do terceiro ano:

“Um exemplo de como, às vezes, os professores não querem (ou não sabem) discutir. Tem um professor que dá aula de otorrino; e ele estava falando de amidalite. Aí: O que você faz? Dá Amoxicilina tantas vezes por dia, por tanto tempo. Aí, ele começou meio que colocar assim: É, mas se as pessoas não têm dinheiro para pagar? Tem que dar um mais barato. Alguma coisa assim. Quando a infecção fica recorrente, ele falou para dar o antibiótico mais caro. Aí, eu falei assim: Bom, mas... Professor, eu não estou entendendo. Você falou que a mãe não tinha dinheiro nem para pagar o primeiro antibiótico, como vai ter para esse aí, então? Ele falou assim: Não, mas tem hora que tem que fazer terapia de choque, tem que falar para a mãe que se ela não comprar o remédio o menino vai morrer. Aí, eu pensei: 'Meu', não faz sentido... Aí, eu

falei alguma coisa que eu não lembro direito o que foi, e ele falou assim: Ó, não vou discutir com você porque você é mulher. Então, você vai ganhar... Aí, ele passou o slide, e tudo bem. É difícil os professores terem um bom diálogo com os alunos no meio da aula. Na maioria das vezes, ele não dialoga com o aluno, e fica só no: Blá, blá, blá...” (Aluna 7 do terceiro ano).

Ela sintetiza a frieza e o distanciamento na relação professor-aluno: *“Ah, 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.”* (Aluna 7 do terceiro ano).

O que professores e alunos então estariam fazendo dentro de uma Faculdade (um lugar de ensino-aprendizagem) fica como um “mistério” para nós.

Nesse cenário, o professor pouco diferencia o bom do mau aluno. Além de não fazê-lo impõe sua autoridade de forma grotesca, inclusive passando por cima do que os alunos aprendem em outras disciplinas:

“Acho que os professores, em geral, não demonstram muito o que sentem pelo aluno. Se tem um grupo conversando, ele chama atenção. Apenas uma vez vi um professor desrespeitando um aluno no meio dos outros. Numa aula de radiologia, o professor estava discutindo assim: tinha um caso clínico, uma criança de seis anos, prostrada, tosse seca e meio febril. Ele perguntou: O que vocês vão fazer? Todo mundo: Exame físico. E o que vocês vão fazer depois? Pedir o raio-x. Raio-x: O que vocês acham que é isso? Uma pneumonia lobar. Próximo. E o professor era bom até, ele estava compromissado. Mas aí ele falou assim: Agora, o que vocês vão fazer? Vão marcar retorno para o paciente. E isso era no pronto-socorro. Aí, um menino levantou e falou: Mas, professor, não faz sentido. Por que não fala para ir para a UBS para acompanhar? E o cara falou assim: Não quero saber. Esse paciente é seu, não é dos

outros. Você que tem que ter um compromisso com ele. Aí, o aluno falou: Mas não faz sentido isso... Aí, o professor falou: Ó, não quero saber. Se você quiser assistir minha aula, fica. Se não, vai embora. Então, quando entra em umas questões mais macro, os professores titubeiam. E a maioria das pessoas aplaudiu o professor. Mas eu achei extremamente grosso, arrogante. O cara que começou a aula falando da medicina, citou o Foucault, “O nascimento da clínica”, faz isso?” (Aluna 8 do quarto ano).

Desde cedo os alunos identificam tais professores que além de não propiciarem um encontro pedagógico dialógico, e por referência o ensino do encontro clínico com o paciente, ainda desrespeitam direitos e valores humanísticos que hoje são enfatizados aos alunos desde o primeiro ano da graduação, como conta uma aluna do terceiro ano:

“Os professores com os quais eu fiquei mais angustiada foram os de propedêutica cirúrgica. Deram uma aula de propedêutica cirúrgica sobre humanização, que a gente já teve várias vezes na Faculdade, de ver o paciente como um todo, de que não pode invadir o paciente. Eles falam isso, mas parece que os professores selecionados pra dar aula não são pessoas capazes disso, sabe? Eu acho que está certo bater nessa tecla, mas os professores, na prática, não mostram isso. Na aula de propedêutica cirúrgica, por exemplo, uma vez foram mostrar um exame de hérnia e no meu grupo só tinha eu e mais uma menina no grupo e os outros eram meninos, e estava também o professor; tinha outro paciente no leito ao lado. Aí ele foi lá, abaixou as calças do paciente, virou para um menino da minha classe e falou: Você, faz aí o exame nele. Era um professor substituto, eu nem me lembro o nome dele. Na verdade eu nunca soube. Daí o menino, super despreparado, nem sabia o que tinha que fazer, aí ele foi lá e falou: Pode fazer o toque no paciente. Fez o menino colocar o dedo dentro do saco escrotal do paciente, na frente de muitas outras pessoas, outro paciente

do lado, sem nem pedir licença! Então, com esse tipo de professor eu nem quero conversar” (Aluna 5 do terceiro ano).

A mesma história se repete na fala de outra aluna:

“Por exemplo, com o professor de propedêutica cirúrgica. Uma coisa que eu acho legal é chamar o paciente pelo nome sempre. E aí quando o professor nem sabe o nome do paciente... Nem era muito integrado com a gente, deixava a gente lá conversando com os pacientes, depois voltava só pra saber o que tinha acontecido. Então eu acabei não me sentindo muito à vontade de falar” (Aluna 8 do quarto ano).

Na Clínica, observamos que os professores mais frios e distantes mantêm o ambiente em uma calma aparente e formalmente estabelecida. Não perguntam muito aos alunos e quando o fazem não esperam pela resposta, emendam com a explanação sobre o tema e a conduta. Não oferecem tempo para o aluno pensar, mas também não criam clima de prova oral entre eles, de forma que parecem apreciados justamente porque não interagem com o aluno, mas também não o incomodam, não o estressam e assim o mantém protegido. Obviamente, não há espaço para a expressão de sentimentos que emergem do trabalho com os pacientes. Quando a residente começou a falar sobre o que sentia em relação a determinado paciente, foi interrompida e corrigida *“Você pensa assim, mas a instituição não, você tem que guardar isso para você e agir conforme os estatutos”*⁴⁰.

A distância é percebida como uma “não relação”, sendo também o professor um “não sujeito”, uma entidade a-histórica que estaria ali para, mecanicamente, passar conhecimentos. O que ocorreria menos nas atividades didáticas em pequenos grupos, nos quais há a possibilidade de se constituírem campos de intersubjetividade, como relata este aluno:

⁴⁰ Caderno de Campo 20/9/07 - enfermária.

“A gente também não conhece os professores; a gente os vê dando aquela aula, mas não sabe como são de verdade. Acho que a relação com o professor é uma relação bem fria, porque eu acho que não tem muito relação, ele está lá para te passar o conhecimento e só isso. Acho que nas aulas de propedêutica, em grupos menores, aí dá pra você conhecer mais as pessoas e criar um vínculo com eles, com os pacientes. Assim, os que eu enxergo que têm uma relação positiva com os pacientes normalmente são os mesmos que têm uma relação positiva comigo” (Aluna 8 do quarto ano).

De um modo geral, o aluno teria pouco espaço na relação professor-aluno para dar suas opiniões, como nos conta uma aluna do quinto ano:

“Os professores consideram bem pouco a opinião dos alunos. Só como exercício de raciocínio clínico: Ah, e aí? Mas opinião mesmo na conduta, na condução não. Na pediatria eles dão mais voz pra gente. Consideram. É que a pediatria tem aquela sutileza da carinha da criança. É sério!” (Aluna 12 do quinto ano).

A exceção seria quando partiria do professor a abertura para sua manifestação, como nos diz um aluno do sexto ano:

“Às vezes, eles perguntam: O que você quer fazer? O que você pediria, como você agiria? Acho que esta é a oportunidade que você tem pra falar, né? Agora se ficar esperando: Você gostou do meu comportamento? Não, isso não existe” (Aluno 16 do sexto ano).

Ainda assim, há alunos que desafiariam os professores, assumiriam atitudes de enfrentamento e até mesmo de falta de respeito à experiência do professor em favor dos protocolos que eles estudam e nos quais se apegam fortemente para respaldar suas condutas e por que não, sua falta de experiência. Tais comportamentos poderiam ser vistos como reações à onipotência do professor e tentativas de se impor como sujeito,

mas cabe observar que elas só ocorrem na Clínica, onde o ambiente é mais flexível. Na Cirurgia, jamais.

Nesse contexto, inclusive atitudes de provocação e arrogância seriam relativamente frequentes, emergentes no depoimento do aluno do quinto ano e dos professores da Clínica, como podemos ver nos trechos seguintes:

“Uma vez eu discuti com um residente porque tem dia que evoluo bem sucinto, assim onde tiver queixa só. E o cara foi discutir comigo porque eu não comentei sobre a cicatriz que a criança tinha no peito ou porque eu não comentei um detalhezinho do exame físico. No dia seguinte, ele queria o exame completo. Eu fiz a propedêutica completa de todos os sistemas e aparelhos. Aí, ficou uma evolução de duas páginas, frente e verso. Aí, ele ficou meio sem graça e foi pedir desculpa. Aí, eu falei: Cara, se você quer que eu enrole, eu enrolo quanto você quiser. Mas, sinceramente, não vai adiantar porra nenhuma para o paciente” (Aluno 11 do quinto ano).

“Vou dar um exemplo para você. O F é um profissional sério, um cara dedicado, responsável. Ele contou outro dia no almoço que numa visita, havia uma paciente em anasarca, e o residente falou para ele: Ela tem hipotireoidismo, então vou tratar o hipotireoidismo dela. E o F falou: Espera. Ela está com ICC, é uma insuficiência cardíaca. Ela também tem hipotireoidismo, mas está com estase jugular. Detalhe, o residente tem o quê? Vinte e cinco anos. O F tem 52. Cinquenta e dois! Bom, aí ele falou: Veja, eu tenho um pouquinho mais de experiência que você. Ah, e eu tenho a minha opinião. Na minha época não era assim. Na minha época, eu calava o bico, e acabou! E hoje não, eles peitam” (Professor 2 de Clínica).

“Bom, eu não sei dizer no hospital como um todo, existe a hierarquia, mas eu acho que muitas vezes os papéis não são respeitados. A pessoa não dá o devido respeito ao professor, apesar de existir essa divisão, não existe o respeito que deveria só pelo

posto em si. Aqui eu acho que os alunos esquecem um pouco isso, eles esquecem que o professor é professor” (Professora 3 de Clínica).

Mas cabe ressaltar que tais “esquecimentos” são profundamente influenciados pela ambiência de cada estágio ou disciplina.

1.2. Relação pedagógica baseada na construção de vínculo

Certos professores têm consciência clara do seu papel modelar para o desenvolvimento de atitude profissional nos alunos e consideram-no parte fundamental do ensino médico. A professora de Clínica, de forma pensada, conduz o aluno por meio do seu exemplo:

“A primeira coisa que eu faço quando vou com os meninos de segundo ano na enfermaria ou ambulatório é olhar no olho do paciente, cumprimentar e dizer quem somos. Olhar, para ver se o cara está com dor, perceber o ambiente, ou o parente, o outro do lado. Tomar cuidado com o que fala, porque o outro está ouvindo. Eu acho que isso é muito importante. A gente mostra a postura que a gente tem: certo ou errado, é aquela em que a gente acredita. E isso, eu tento passar para eles a postura que eu tenho. (...) Às vezes, o residente está um pouquinho mais agoniado com a técnica, não sei o que, e esquece de perguntar para a doente, por exemplo: aquela ciclofosfamida que ele deu vai deixar a paciente estéril, mas ele esqueceu de perguntar se ela queria ter filhos. Ou dá uma droga teratogênica e esquece de perguntar se a paciente faz uma anticoncepção adequada, porque está tão preocupado com o lúpus, que esquece do resto. E não pergunta, nem interage. Então, acho que educar é a gente ir fazendo na frente deles e, vendo eles fazerem”. (Professora 4 de Clínica).

Na Clínica, como anteriormente descrito, observamos um ambiente mais acolhedor e investido na criação de vínculo com o aluno. Relações mais próximas e

acolhedoras que não se confundem com pouca exigência de estudo e desempenho, como disse a professora de Clínica:

“Eles me acham muito agressiva na hora em que eu vou fazer os seminários. E, provavelmente, eu elevo o tom de voz mesmo. Eu nunca acho que elevo, mas eles dizem que eu elevo, então, provavelmente, eu elevo mesmo. E quando eu não gosto de uma coisa eu falo na hora, não deixo passar. Então, eu falo: Não, isso aqui está uma porcaria. Pode parar, vai fazer uma coisa melhor porque você sabe fazer coisa melhor; isso aqui não dá. Mas eu acho que eles gostam. Eles falam que na hora que eu estou com o doente eu sou muito doce, e na hora em que eu estou com eles, nem tanto. Mas, se eu não cobrar, eles fazem como eles quiserem. (...) Tem uns que acham que é bobagem, mas a maioria gosta. E os que acham que é bobagem, eu acho que é direito deles. Mas enquanto estiver na minha frente, vai ter que fazer pelo menos alguma coisa semelhante ou, pelo menos, com o respeito suficiente para eu achar que é adequado, senão... Não, mas eu acho que eles gostam sim” (Professora 4 de Clínica).

São professores que criam vínculo com os alunos e com os pacientes. A mesma aluna que, em páginas anteriores, falava de uma experiência ruim na propedêutica cirúrgica, refere uma boa relação professor-aluno na Clínica:

“Com o professor de propedêutica clínica eu não tive nenhum problema. Eu me sentia super à vontade de falar. Era uma pessoa mais integrada com os alunos e também com os pacientes. É que assim, eu não sei se é uma coisa da matéria ou do professor, né? Mas é que em propedêutica clínica ele procurava estar lá, ele acompanhava aqueles pacientes com a gente. Ele era uma pessoa bastante humana. Um professor que se importa se eu falo assim: Ah, a paciente me contou que está infeliz com o marido. Ele não ri da minha cara. É um professor que conhece os alunos” (Aluna 8 do quarto ano).

Os alunos gostam, admiram e reconhecem a importância de tais professores para o seu aprendizado. Nas palavras de uma aluna do terceiro ano:

“Eu gosto de professor. Tanto que eu me arrependo extremamente quando eu não vou a uma aula, eu penso: Poxa, não vou assistir aula, não vou fazer caderno e vai chegar lá na frente eu vou querer saber – vai ter uma prova – eu vou ter interesse e vou ter que me matar na frente de um livro. E pelo menos quando tem o professor, ele está te guiando, ele está te mostrando o que daquilo que é mais importante” (Aluna 6 do terceiro ano).

Ou na fala deste aluno do sexto ano, sobre a experiência de ter o professor ao lado para aprender a conversar com o paciente, particularmente nas situações difíceis como, por exemplo, na hora de dar uma má notícia:

“O professor estava do meu lado, entrou junto e falou: Você fala com a paciente. No que eu falei para ela 'olha' a paciente me ajudou, coitada, estava morrendo e ainda estava me ajudando. Aí o cara fez sinal de que deu certo. (...). Mesmo assim, eu me senti muito mal! Por que o que a gente podia fazer, naquela altura do campeonato, com ela? Não dava mais, toda a tecnologia não era suficiente. E olha que a gente tinha acesso à tecnologia. (...) O comunicar, parece que para ela foi um alívio poder falar daquilo. Deixei-a falar. Então o que é que nós vamos fazer, o que é, tem chances etc. Não era um prognóstico bom e ela estava com dor. Eu falei: A gente vai trabalhar a questão da dor, é importante a senhora falar o quanto dói, onde dói, e saber que tem tratamento e remédio para isso. A cirurgia estava descartada, no caso. Então não vai dar para operar? Não vai dar para operar. Então foi um baque para ela. Ela estava sentada numa cadeira de rodas, e falou: Então talvez eu não consiga andar mais? Eu falei: Algum movimento a senhora vai conseguir, mas fazer caminhada não vai dar. Foi muito pesado para mim, para ela, para o assistente também, e para o

familiar, que era o filho que estava junto e começou a chorar no meio da consulta, e se retirou um pouco pra trás para não ficar no campo de visão da mãe. Mas eu achei que foi legal para ela poder falar. Eu deixei falar, perguntar o que queria, e no fim ela falou: Eu tenho medo. Eu falei: É claro! Quem não teria? O normal é ter medo. Se você falasse não tenho medo disso eu acharia que talvez fosse estranho. O assistente ficou do meu lado, durante todo o tempo, porque ele viu que eu estava mal. Ele foi um suporte, mas não interveio... Esse é um cara que eu admiro. Que angústia! Marcou, marcou muito. E depois que eu venci essa barreira, enfrentando situações tão delicadas, estou com mais 'jogo de cintura' (Aluno 16 do sexto ano).

O acolhimento ao aluno é citado pelos alunos como fundamental para o seu desenvolvimento educacional. Nesse sentido, para eles as experiências de ensino em pequenos grupos são as mais eficientes, ainda que professor-dependente, corre-se o risco de ter como professor alguém didaticamente despreparado e mesmo sem competência relacional, ainda assim eles preferem essa metodologia às longas aulas expositivas, não apenas devido aos aspectos didáticos sabidamente desfavoráveis dessa metodologia, mas porque nos grupos pequenos os alunos saem da condição de massa indigente e passam a se sentir sujeitos em uma relação:

“Eu, como aluna, me senti ao longo da Faculdade um pouco não vista – só mais uma aluna. E aí, no quarto ano... Puxa, foi bem diferente, porque eu me senti olhada. Um assistente, um professor estava acompanhando o nosso aprendizado no grupo pequeno, e, puxa, fez uma diferença enorme para mim porque eu tinha esse olhar dele, parece que era como se fosse um pai, alguém que estava pegando na minha mão... não pegava na mão de ninguém, mas na minha imaginação... Eu me senti muito acolhida e acho que foi bom para o meu aprendizado; esse olhar de um professor. Em sala de aula, cheia de gente, eu era mais uma e ninguém me conhecia. É diferente quando é um

grupo menor. Foram algumas semanas só, mas nitidamente diferente o meu sentimento em relação a tudo...” (Aluna 14 do quinto ano).

“Eu acho que faz mesmo diferença sim, você ter alguém que sabe o seu nome. Que não é mais um que está indo dar uma palestra lá na frente. Até mesmo quando você está nas aulas que são em grupos menores, que você vai passar numa propedêutica ou na dermatologia, que é um professor que está lá com você em todas as aulas práticas – é bem diferente. É bem melhor.” (Aluna 6 do terceiro ano).

Como afirmado anteriormente nesse estudo, na Cirurgia não observamos movimentos de criação de vínculo na relação professor-aluno. Ainda assim, nas entrevistas com professores de Cirurgia, encontramos depoimentos de pessoas que compreendem a relação professor-aluno como um espaço de criação de vínculo e aprendizagem recíproca.

Um professor diz assim sobre ensinar, mais que cirurgia, atitude médica:

“Eu não sei ensinar, eu faço para eles verem. E agradeço depois: Muito obrigado por você ter ficado aqui com a gente. (...) Eu com o curso de propedêutica faço assim: antes eu procuro o paciente que a gente, entre aspas, selecionou para dar aquela aula, o cara operado, e falo com ele: Olha, meu nome é... nós estamos dando uma aula para o 3º ano, e aqui é um hospital universitário, então é uma escola que a gente ensina medicina. A gente está tendo um curso aqui que se chama Propedêutica Cirúrgica. Esse nome é complexo, é complicado, porque a gente é meio besta e inventa uns nomes complicados, mas ele significa o seguinte: nessa matéria a gente ensina o aluno a conversar, e a examinar os doentes, então eles estão aprendendo isso. Você se incomoda se ele vier conversar com você e te examinar, porque a aula de hoje é da coisa que você tem. Eu nunca ouvi um falar que não queria! Não porque ele tem medo ou porque sente que vai ser punido, é porque a gente conversa. E ainda falo pra ele:

Outra coisa, não conta logo de cara, deixa eles espernearem porque eles precisam descobrir, que nem um detetive o que é que você tem. Não conta, vai contando devagarzinho pra eles irem aprendendo. Eles adoram! Eles vão escondendo coisa... Conta o ultrassom... Sabe, essas coisas? (...) Depois, conto para os alunos a conversa que eu tive antes, conto tudo e eles riem porque eu falei que não era para contar de uma vez. Eu faço para eles verem como fazer” (Professor 1 de Cirurgia).

Mais uma vez, vemos que na Cirurgia, em meio a uma cultura tradicional fortemente hierárquica, rígida e autoritária, fazem-se ouvir outros sons, mais melódiosos, sobre outras possibilidades subjetivas de ser professor, e outras possibilidades intersubjetivas de ensino que colocam o aluno em uma condição mais ativa, mais inteligente e mais digna perante o seu mestre. Sinal dos tempos?

1. 3. Relação pedagógica baseada na desqualificação do aluno

Na Cirurgia não presenciamos trabalho com o grupo em roda, somente na disposição de cadeiras frente à lousa (ainda se usa lousa e giz, e os alunos gostam muito). Todas as atividades observadas se deram na enfermaria ou no anfiteatro (devido a um acidente ocorrido no começo do ano relativo a esta observação; o atendimento ambulatorial também acontecia na enfermaria).

Vejamos este trecho da observação⁴¹: uma discussão de caso clínico, observada, começou com o professor chamando uma aluna na frente da sala e fazendo-lhe perguntas sobre um determinado tema (que não era o que estava escrito no programa). Ela falava olhando para ele, buscando sua aprovação, em voz baixa, para dentro. Ele a mandou olhar para a plateia. Ela sabia bem pouco e ele perguntava para os outros alunos se eles estavam satisfeitos com o que ela lhes dizia. A plateia ficou incomodada, uma

⁴¹ Caderno de campo 28/01/2008 - enfermaria.

aluna pediu ao professor assumir a aula, mas ele insistia. Um colega foi em socorro da aluna. Ao lado dela somavam dois que sabiam bem pouco, mas pelo menos estavam juntos. O clima era muito constrangedor. O professor dizia que há trinta anos dava essa aula e era sempre assim, os alunos sempre aproveitavam pouco, mas que com esse método conseguia uma maior participação deles. Seu raciocínio era rápido, ele tinha todo o saber pronto na sua cabeça e nos seus muitos anos de experiência. Queria que os alunos o acompanhassem na sua velocidade, o que era logicamente impossível. Chamava pela memória deles para completar suas frases, o que também não funcionava (o aprendizado por retenção). Como se tratava de um professor muito simpático e profundo conhecedor da matéria, o clima de cobrança e pressão ficava um pouco amenizado. Mas a exposição pública das insuficiências dos alunos frente ao poderoso saber do professor era mais uma vez evidente, demonstrando o constrangimento e mais que isso a humilhação como estratégia de ensino-aprendizagem, instaurando algo como uma “pedagogia do medo” (Freire, 1996).

O professor exerce um poder autoritário sobre os alunos.

No meio da aula⁴² de cirurgia, o professor acorda uma aluna que começa a cochilar e manda-a tomar um café. Ela e mais duas saem e voltam com café. Pouco depois, uma outra aluna começa a comer uma fruta. O professor para a aula e não permite que ela coma. Dá-lhe uma bronca, dizendo que não se come em aula ou reunião, e depois prossegue a aula. Beber café pode, comer não! Qual o princípio dessa regra? O interessante é que, na mesma disciplina, nas reuniões de um dos grupos serve-se um café da manhã que é apreciado por todos, durante a aula expositiva e discussão de casos que fazem parte dessa atividade. Ou seja, para esses outros professores, sempre pode comer em aula.

⁴² Caderno de campo 28/01/2008 - enfermaria.

Não há princípios de conduta coletivos, cada professor exerce a autoridade de acordo com suas próprias convicções e os alunos têm de se moldar às vontades de cada professor.

A forte autoridade (que por vezes resvala no autoritarismo) do professor seria considerada uma necessidade para o ensino médico. Na visão do professor da Cirurgia, para o qual ensinar é como adestrar cães, e o papel do professor é o de chefiar a matilha:

“Eu li há dois dias um livro sobre cachorros, então, a pior atitude que se pode ter com o animal, com o cão, é paternalismo. Se você fizer isso, você destrói o animal. Porque ele é um animal que vive em matilha, não tem noção de futuro, e vive para as necessidades básicas. Então, se diante de uma dificuldade você assumir uma atitude paternal com ele você desenvolve os medos e as fobias do animal. É a mesma coisa com o aluno. Se você na dificuldade passa a mão na careca e diz: Meu querido, que sofrimento, vem cá que o papai te ajuda! Ele perde a oportunidade de desbravar, de ser ele mesmo, de conseguir, de conquistar. Por outro lado, não tem que pôr o pé na frente para ele tropeçar e quebrar a cabeça. Eu não vejo a atitude paternalista como algo que deva ser desenvolvido na Faculdade, mas está ficando paternalista. Está muito mais do que no meu tempo. A gente passa muito a mão na cabeça dos alunos e existe uma mentalidade no sentido de: Ai, o que você quer meu querido? Ah! Não está bem assim? Então vamos mudar! Porque vocês têm toda razão. Não, eles não têm toda razão. Eles têm dúvidas, questionamentos, indagações. Eu não acho que aluno é 'rei da cocada-preta'. O aluno... Eu acho que o aluno é um grande incentivador para o professor. (...) É só ler o livro dos cães. Se você se anula diante do animal, e deixa que ele assuma a liderança, você torna o animal infeliz. Porque ele não sabe te guiar, e se você deixa ele te guiar, ele fica perdido. Então, o aluno não sabe te guiar, ele sabe te questionar! Se você deixa que o aluno te guie, acabou toda a sua experiência, você se anula. Então, o

líder tem que ser o professor, com a humildade de voltar para trás... reconhecer seus próprios erros. Eu acho que a maior dificuldade do homem é reconhecer seus próprios erros, e dizer: Me desculpe, estou errado! Então, eu acho que isso tem que ser, mas a liderança tem que ser do professor e não do aluno. E eu estou vendo esse papel invertido na Faculdade” (Professor 5 de Cirurgia).

Muito embora, na visão de outro professor da Cirurgia, esse autoritarismo não só seria ruim como ainda deixaria profundas marcas de sofrimento no aluno e poderiam deformar seu caráter:

“A gente consegue transformar uma criança de 17 anos que chega aqui com a criatividade lá no alto, com um monte de sonho, de ilusão, querendo descobrir a cura do câncer e etc., num idiota com título de doutorado, pós-doutorado, andando de gravata, você entendeu? Na Residência também, da mesma forma, a gente era muito maltratado no R1; R2 de cirurgia; no R3, foi um inferno pra mim. Eu fiquei uns trezentos dias do ano inteiro, e passei trezentas noites no hospital, cobrado por coisas que não eram da minha competência. Aquele R1, R2, R3 até, não era eu. Eu não sou aquilo, aquela mediocridade obediente e apavorada, fazendo as coisas não por pensar no doente, mas para não se ferrar na visita, cumprindo as ordens para dar satisfação para uma autoridade...” (Professor 1 de Cirurgia).

Mesmo em um ambiente de maior cordialidade e respeito como o da Clínica Geral, no qual o chefe do departamento é um professor avesso a qualquer tipo de autoritarismo, observamos que nas discussões de caso, alguns professores se excedem. Põem o aluno contra a parede, expõem a sua ignorância e, no ato de ensinar, delimitam

lugares que exibem a distância entre o saber do mestre e a mediocridade do aprendiz ⁴³.
É esta anulação do outro como um também sujeito que chama a atenção.

Como contou a professora 3 da Clínica: *“Na realidade, na graduação eu escuto às vezes alguns relatos de alunos falando que o professor foi agressivo, humilhou na frente dos outros. Isso eu escuto bastante dos alunos. Entre eles, alunos, normalmente não fazem isso na frente dos professores. Agora ouvir, por exemplo, que o professor debocha de um conhecimento que eles não têm, isso sim. Mesmo residente às vezes debochar de alunos, já. É aquela coisa capciosa, que numa brincadeira ele mostra que o outro fez uma bobagem, em vez de falar normal ele faz daquilo uma piadinha”*.

Várias “brincadeiras” depreciativas dos professores observados na Cirurgia revelavam a condição de inferioridade que se dá aos alunos:

- *“O ultrassom é um exame operador-dependente. Se for feito pelo Prof. E (com os equipamentos que ele tem) há 99% de chance de se ter o diagnóstico correto, mas se for feito por um desses residentes aí vai dar errado.”*⁴⁴

- *“Eu sempre digo... os alunos têm dois neurônios, um para vir à escola, outro para voltar. Dependendo do dia, eles ficam por aqui mesmo...”*⁴⁵

- *“Crianças não pensem muito, façam o que eu digo e pronto!”*⁴⁶

Nas palavras do professor da Clínica, o sofrimento seria outra tradição da escola médica que precisaria mudar:

⁴³ Note-se que aqui consideramos a pedagogia dialógica e problematizadora de Paulo Freire como referência (Freire, 1975; 1975^a e 1996;), isto é, trata-se da efetiva maior autoridade de saber específico e especializado do educador frente ao aluno, mas sem desconsiderar um saber próprio a este, na qual a relação de ensino-aprendizagem interativa e dialógica se estabelece, não sendo nunca uma relação unilateral do professor ao aluno, sem que este tenha nada a devolver ao professor. É neste sentido que se fala em “equidade” nesta relação de ensino que, da perspectiva do conhecimento biomédico, do saber médico e sua prática, é mesmo desigual entre o mestre/professor e o aluno/aprendiz.

⁴⁴ Caderno de Campo, 16/01/08. O professor referido além de ser professor titular da disciplina (topo da hierarquia institucional) é bem-sucedido em sua clínica privada. Exemplo, portanto, da elite médica e da referência de maior valor possível na profissão.

⁴⁵ Caderno de Campo, 16/01/08.

⁴⁶ Caderno de Campo, 28/01/08.

“Uma mentalidade que ainda vigora, é de que o residente para aprender e para crescer, ele precisa sofrer. Então sofrer na angústia da decisão, sofrer numa atitude errada que ele toma, sofrer para amadurecer. Questiono muito isso também, porque não é só ele que sofre, é o doente que sofre. Não é uma implicação só para o residente, é uma implicação para o paciente. E isso não é legal” (Professor 1 de Clínica).

Mentalidade que é reconhecida entre os alunos e aceita como verdade. O aluno aprende levando bronca em situações que ele ou não compreende a importância do procedimento ou discorda sem saber fundamentar ou sem espaço para divergir, mas ele concorda que é assim que se aprende, como nas palavras do aluno do sexto ano:

“Você não pesou o paciente. O paciente já tem 11 anos de idade, não precisa pesar todo dia. E nem era algo muito problemático. Era só uma pneumonia, quer dizer, o peso não ia mudar muito de um dia para o outro, eu não estava fazendo nem balanço hídrico, nem nada. Mas acho que cada um tem a sua posição e você às vezes... O pessoal fala: Pô, mas ficam me fazendo de escravo. Acho que você tem que ser escravo, é bom para você, você vai aprender muito com isso” (Aluno 19 do sexto ano).

Para esse mesmo aluno, na cirurgia, a pedagogia do medo se apresentaria inclusive com atitudes de desrespeito para com o aluno:

“Os caras chutavam. Você chegava e apresentava os relatórios parciais e eles: Pô, mas tá uma merda! Por que você não fez assim, por que não fez daquele jeito! E você: Tá, entendi, vou fazer melhor... Quer dizer, ninguém me deu apoio no dia a dia, mas tomando na cabeça, às vezes você acaba aprendendo sozinho. Por isso que eu falo de você ser um pouco humilde. As pessoas têm um pouco para te ensinar; apesar de, às vezes, ensinarem te dando uns tapas. Não sei se é a melhor maneira, mas acho que é válida” (Aluno 19 do sexto ano).

Sobre o modo como o professor corrige o aluno na Cirurgia a aluna do quarto ano conta um episódio que nos faz pensar se tal método surte algum efeito uma vez que erros tão básicos como esse que ela nos conta ainda acontecem. Interessante notar que os alunos concordam com o comportamento do professor, são pouco indulgentes e acreditam na invulnerabilidade do médico que suportaria tudo porque para ser médico tem que ser sobre-humano:

“Na cirurgia. O paciente ia ser operado e não tinha ideia disso. Aí o cirurgião veio na hora da anestesia, e conversou com o paciente... Depois perguntou: Quem é o residente? Pensei: Nossa, não quero nem ver o que vai acontecer. Ele chegou assim: Como assim ele não te explicou? E daquele jeito, né? De cirurgião mesmo. Falou um monte. Pensa! O paciente não sabe o que vai acontecer. Como você faz isso? O que aconteceu na sua cabeça? Você é louco? Bem daquele jeito de cirurgião. O cara também, 'meu'! Como que a pessoa vai ser operada sem saber, eu quase falei: Moço, o que é que está se passando na sua cabeça? É, eu sei que o cara é residente, e está pós-plantão, ele está no hospital faz cem horas, ele atende mil pacientes... Mas, não interessa! Ele escolheu fazer isso. Escolheu fazer cirurgia? Então, se for necessário, vai passar a noite explicando para ele o que vai acontecer com ele no outro dia” (Aluna 8 do quarto ano).

Mas para outros alunos tais comportamentos seriam falta de educação, de respeito e de interesse pelo ensino. O aluno do sexto ano conta que é frequente a falta de educação na relação professor-aluno, lado a lado, talvez mais por parte dos professores, de acordo com o ambiente de ensino em questão. Compara o trato aos alunos nos estágios de Cirurgia e Pediatria:

“A visita na Cirurgia é um negócio estressante. Os professores... São casos específicos, né? Alguns professores que não toleram você não falar do jeito que eles

querem ouvir, ou sei lá, se o professor te faz uma pergunta de alguma coisa que você não sabe de cor, por exemplo, ele fala que você não sabe nada, ou vira as costas e não escuta o que você está falando. Acho que isso são situações estressantes, que a gente sabe que acontece, e você já chega lá nervoso e estressado. Na Pediatria, não: todo mundo sentado, você passa o caso, se você erra alguma coisa alguém te orienta: Olha, ao invés de falar assim, que tal se você fizer assim. Modos e modos de falar. Na Cirurgia você é xingado, mas ninguém te diz como melhorar” (Aluno 18 do sexto ano).

Também para a aluna do quinto ano:

“Tem alguns professores, alguns assistentes que te deixam mais à vontade, que sabem que você está aprendendo, são mais pacientes para ensinar. E tem outros que não, eu me senti desrespeitada em algumas situações, mas eu atribuo à questão dele, era uma coisa dele, ele que tinha aquela personalidade que não está interessado em ensinar...” (Aluna 14 do quinto ano).

Entretanto esse comportamento ganharia expressão entre os alunos quando em ambientes mais, por assim dizer, permissivos. Na Clínica, o aluno enfrenta e até provoca o professor, como visto antes nesse estudo, nas palavras da aluna do sexto ano:

“Às vezes o sexto-anista ou o RI tem uma ideia e o professor tem outra. É um pouco competitivo. Eu quero mostrar que a minha ideia é melhor, mas ele acha que a dele é melhor. Aí a conversa fica meio tensa. É gostoso ter uma opinião diferente da do professor, mas é desconfortável para ele. Isso acontece em algumas áreas mais que outras. Por exemplo, na Clínica é mais comum porque os professores não são tão rígidos. Agora, na Cirurgia, se você fizer, eles vão te xingar de dez palavrões e você vai ficar quieto. Você nem fala, para não quer ser xingado” (Aluna 17 do sexto ano).

Se esse comportamento seria uma violência, a aluna responde:

“Por um lado sim, mas quem entra na Cirurgia já sabe que será submetido a isso. Não é alguma coisa que vai ser para o resto da vida, mas principalmente na Residência. O exemplo da Clínica e da Cirurgia, nesse aspecto, é totalmente diferente. Na Clínica você tem uma liberdade enorme. Os R1 e R2 tocam a Enfermaria, eles fazem o que quiser. O assistente vai lá e passa a visita, mas é muito na mão do residente. Já na Cirurgia não. Se você fizer uma vírgula que o assistente da Cirurgia não quiser, nossa! Vai desabar na sua cabeça... Então, é bem diferente” (Aluna 17 do sexto ano).

E assim, os alunos faltariam com o respeito justamente com os professores que mais os respeitam. Ou seja, os comportamentos (bons ou ruins) são aprendidos e empregados dentro da lógica da oportunidade e da dinâmica institucional.

Uma aluna, do quinto ano, conta uma situação que ela um pouco hesitante chama de violência na relação professor-aluno, na Ginecologia, na qual também a desqualificação é o “método”:

“Foi violência, um pouco... Um acontecimento com um preceptor, que no meio da cirurgia... Era a primeira vez que eu estava instrumentando uma cirurgia da gineco e ele já tinha 'um pé atrás' comigo por que a gente já tinha tido algumas conversas sobre educação médica e o modelo hospitalocêntrico de ensino. (...) E aí um belo dia, na cirurgia, eu estava lá instrumentando, a mulher dele estava operando. Aí ele chegou e começou a dar pitaco na cirurgia. Se lavou, entrou e começou a operar, e a gente lá do lado; e contando umas coisas, sabe, e depois parou. Lá pelas tantas ele me perguntou: Você acha importante instrumentar? Você acha isso importante pra sua formação? Eu achando que era uma pergunta honesta, falei: Sinceramente eu acho que não. / Então saí. E era a minha paciente, a paciente que eu acompanhava. Aí eu falei: Não, eu não quero sair. Eu vou ficar aqui. / Não, não. Sai. Eu termino de instrumentar. Pode ir embora. Eu ignorei o que ele falou e fiquei até o final da cirurgia. No final da

cirurgia ele falou: Porque você pode não achar importante, mas isso aqui não é uma festa. As pessoas não podem fazer cada um o que quer, porque existe uma grade, um conteúdo programático e eu acho que você não estava dando a importância para aquilo, você estava de 'corpo mole'. E você, quando faz aquilo, você prejudica o paciente e isso é antiético da sua parte. Assim! Me destruiu basicamente. Me destruiu. Eu achei um absurdo porque o cara nem me conhecia. Em 10 minutos de cirurgia ele falou aquilo daquele jeito e me fez aquela pegadinha, aquela pergunta-pegadinha; ele podia ter feito de outras formas, né? Se ele achasse que eu estava fazendo bobagem... Eu estava tendo dificuldades de fazer aquilo. Eu falei pra ele, fui sincera. Mas não estava fazendo 'corpo mole', eu estava fazendo no tempo que eu conseguia fazer. Talvez se alguém dissesse pra mim: você está lerda. Dá uma raça. Eu conseguisse fazer mais rápido. Mas eu também não senti que isso era necessário, eu estava achando que estava fazendo as coisas no tempo tranquilo, só que ele não gostou da minha cara, eu acho. Durante a cirurgia, achou que eu não estava feliz naquele momento ápice da vida de um ginecologista que tiraria um útero. Eu não achei que eu fosse ser acusada de ser antiética. A forma. Eu acho que a forma, o fato de ter me mandado embora da cirurgia. Não foi pedagógico. Fazer aquela pergunta pra depois dizer então: Então sai. Não foi pedagógico; depois falar aquele monte de coisa e me acusar de antiética também achei demais, sabe? Não, não! Eu estava tensa! Eu não sabia fazer! Eu não sabia instrumentar, eu não sabia os nomes dos instrumentos. Ele pedia uma gaze montada e eu montava de um jeito e ele de outro. Talvez assim, se a bronca fosse: Você devia saber isso. Você já passou pela técnica cirúrgica. Eu ia aceitar, abaixar a cabeça e falar: Beleza. Realmente eu devia saber o nome de instrumentos e como montar uma mesa cirúrgica. Teoricamente você tem que saber isso quando chega no 5º ano. Se a bronca fosse essa, eu baixava a cabeça e falava: Você tem toda a razão. Mas daquele

jeito não, daquele jeito foi destrutivo. Foi horrível! Aquilo me fez chorar mesmo”
(Aluna 12 do quinto ano).

Também outro aluno do quinto ano, tem uma história de autoritarismo, constrangimento e violência, na Cirurgia:

“Tem um camarada meu que estava passando visita. E aí, os assistentes fizeram uma pergunta para ele. Era um interno e ele respondeu certo, respondeu bem. Eu não lembro o que era, mas era alguma coisa a ver com conduta. O cara falou: Ah, você acha que essa é a conduta? E ele falou: Depende, professor. Se for isso e isso, é assim. Se for aquilo outro, é assim. E acho que o assistente não esperava uma resposta mais completinha. Aí, ele acabou com o aluno na maldade. Eu lembro que ele não questionou a conduta dada, mas questionou o jeito que ele tinha falado ou como ele tinha falado. E foi castrador, bem humilhante. Até o paciente se sentiu incomodado na cena. Principalmente porque, na cirurgia a gente assume o paciente. Então, o paciente identifica a gente como o cara responsável pelo leito. Ele sabe que não é a gente quem passa as condutas, ele sabe que a gente tem que falar com o superior, mas ele identifica a gente como o cara do leito. E ele se sentiu mal por ver o cara do leito, naquela situação. Quando terminou a visita, eu cruzei o corredor, encontrei com os assistentes que estavam na visita. Aí, um dos assistentes virou para o outro, para esse que tinha questionado o aluno: Aê, arrebentou com o interno, hein? Ele falou: Interno é folgado, é assim mesmo. Para ele ver que o que levanta é o que toma martelada, tem mesmo é que levar na orelha para ficar esperto” (Aluno 10 do quinto ano).

Nesse caso o próprio paciente teria percebido a maldade do professor:

“Ele (o paciente) falou assim: Pô, eu não achei certo o que o cara fez com você. Você estava tão seguro do que estava falando. Foi aquilo que você tinha me explicado mesmo. O paciente percebeu que o cara não estava questionando a qualidade técnica

ou a conduta do aluno, ele estava questionando a segurança do aluno. E aí incomodou” (Aluno 10 do quinto ano).

Ou seja, se não sabe é porque não sabe, mas se sabe demais também não serve. Não há coerência e os caprichos e vaidades é que determinariam o comportamento de muitos dos professores da escola estudada. Não todos.

A desqualificação e falta de respeito com os alunos aconteceria até mesmo em algumas ligas, como conta a aluna do terceiro ano:

“Eu estava examinando uma criança, aí a assistente começou a me dar uma bronca na frente do paciente. Na hora eu me senti muito ruim principalmente porque o paciente estava do lado. Faz a pessoa perder a moral mesmo, porque para aqueles pacientes ali a gente já estava sendo médico, eles sabem que a gente é aluno, claro. Mas quem tem a relação com eles é a gente. Na verdade, nós sempre vemos aquele mesmo bebê, e os médicos, cada vez é um que discute o caso. Então a gente já está criando uma relação com aquela família, e aí ela falou na frente da família, foi uma coisa que eu achei muita maldade porque é de perder a moral! Deu vergonha! A gente não tinha onde enfiar a cara!” (Aluna 5 do terceiro ano).

Certamente que o modelo de ensino pergunta-resposta favorece muito a expressão dessa personalidade do professor uma vez que, quase invariavelmente, o aluno não sabe nada perto do professor que sabe muito, seja este um professor simpático, afetivo, frio, irritado, antipático. A distância se estabelece nesse momento, no qual, no contexto dos valores vigentes nessa escola, a diferença não é pensada pela equidade, mas sim como desigualdade que cria lugares de poder e de submissão.

2. Práticas comunicacionais

Intenções que deslizam por entre as palavras...

Considerando que a linguagem e a forma de se estabelecer uma conversa são essenciais para a interação das pessoas no campo da subjetividade, percebemos dois movimentos que favorecem ou dificultam a comunicação, porque criam (ou não) lugares intersubjetivos para o agir comunicativo.

O *agir comunicativo* (Habermas, 1989) envolve a busca pelo entendimento mútuo e consensual. Em contraponto, o *agir estratégico* é a prática individualista em que as ações estariam dirigidas a interesses específicos. No plano do discurso, o uso comunicativo da linguagem caracteriza-se pela transmissão do conteúdo pensado com o propósito de adequar o pensamento ao dever (de acordo com a consciência moral) e aos estados de coisas vividos de forma compartilhada, na intersubjetividade.

2.1. Linguagem comunicativa: lugares e falas que aproximam as pessoas

Um exemplo de um modo de conduzir uma conversa que aproxima as pessoas pôde ser vista em uma visita na enfermaria de Clínica Geral. Professores, de um modo geral, não estão muito acostumados a ser contrariados por alunos, mas neste caso, aconteceu algo interessante⁴⁷.

O interno e o residente do caso em discussão manifestaram uma opinião diferente da do professor. Este em um primeiro momento não concordou com os dois, em seguida parou e pediu para explicarem o raciocínio. Escutou atentamente, compreendeu o caminho que traçaram e passou a discutir em termos de prós e contra e não mais de certo ou errado. Esse professor, em vários outros momentos fez isso, parou e escutou outras opiniões antes de tomar decisões sobre os casos.

⁴⁷ Caderno de campo 25/9/07 - enfermaria.

Outro exemplo. A distância observada em relação ao aluno na reunião clínica aparece fisicamente (os alunos sentam-se no fundo da sala), e na linguagem (que apresenta uma complexidade do saber que eles não têm). Como observamos, esse hiato é diminuído quando o professor fala para os alunos, organizando o raciocínio lógico da investigação clínica de um modo compreensível para eles (como se deve fazer com os pacientes).

Um exemplo de condução de uma conversa que aproxima as pessoas, observada na Cirurgia, ocorreu durante uma discussão de Bioética. O professor em vários momentos situou os alunos de forma bastante elucidativa quanto à importância deles nessa escola: *“Vocês atendem melhor porque dão mais atenção para os pacientes. O trabalho é supervisionado e vocês têm desejo de aprender e inteligência para isso”, “Vejam, vocês acabaram de começar o internato e já podem pensar o que fariam numa situação dessas, vocês já estão se vendo como médicos, por que logo serão médicos!”*⁴⁸.

Resgatando a autoestima dos alunos, o professor criou um clima de parceria com eles no qual pôde discutir várias situações clínicas estimulando respostas originais para os problemas. Nessa atividade o professor de fato criou um ambiente para o desenvolvimento da intersubjetividade interpessoal. O respeito aos seus valores pessoais e a discussão dos casos na forma de discussão de situações de vida das pessoas aproximou os alunos de uma realidade conhecida deles, ainda mais próximos da vida das pessoas que da vida de médico. Os alunos ainda conseguem se pôr no lugar dos pacientes e pensar o que acham justo, ético e humano na relação com eles. O professor, então, desenvolveu com eles quais seriam as possíveis saídas para impasses na relação médico-paciente considerando os valores de todos os envolvidos, os limites e alcances

⁴⁸ Caderno de Campo 28/01/08.

da medicina, e a missão do médico, como alguém que não abre mão da verdade, da esperança e nem do seu lugar ao lado do paciente enquanto for preciso. Ao final, ele perguntou para os alunos: *“Qual é a pessoa mais importante do hospital?”*, os alunos respondem que é o paciente. Será? No contexto dessa atividade, com certeza.

Fica claro que coexistem, pelo menos, duas imagens fortes e contraditórias com as quais os alunos terão que se haver no campo da intersubjetividade, e deste, na construção da sua identidade médica: a do ídolo sobre-humano, cujo poder atrai, mas aterroriza e imobiliza, e a do médico humano (contrário à ideia de divino) que tem saberes e sentimentos envolvidos na interação e no vínculo, cujo poder, porém, não fica tão evidente ou tão claro em que aspecto de sua prática reside, ainda que, saibamos, tratar-se de um poder mais efetivo e legítimo que o anterior o qual identificamos aos atos violentos do ensino tanto quanto da medicina praticada.

A ação comunicativa, não é frequente na Cirurgia, mas foi observada em uma visita e apareceu nas narrativas de alguns professores (citados anteriormente), que, por características pessoais, eram capazes de promover a interação.

Um fato curioso: no ensino da relação médico-paciente, o professor de Clínica se queixa de não ter como mostrar a vivência de intersubjetividade concretamente, que talvez não possa nunca ser transmitida porque é da ordem da imaterialidade inerente à esse fenômeno:

“O cirurgião, quando está operando, consegue mostrar ao aprendiz exatamente o que ele faz. Eu nunca consigo mostrar o que é bonito na Clínica Médica. A beleza da consulta. Não é comum, mas às vezes eu me surpreendo na minha ficha de atendimento, com certos dados que eu escrevo (eu escrevo muito) e com as conclusões as quais eu cheguei. Você não passa isso para o aluno. Para o aluno fica aquela... E aí, dona Maria? A dor onde está? Então a dor é assim: localização, intensidade, irradiação.

Mas e aqueles detalhes? Eu acho tão importante essa coisa de você saber as transferências do doente... Para que o cara confie em você, você precisa ver o jeito dele. E você não pode 'chutar o balde': Não, eu vou fazer do meu jeito. Se quiser... A nossa Faculdade é assim: todo mundo é tigre. É a nossa desculpa por não termos sido convincentes, a gente aprendeu, esse é um ensinamento de medicina: tigrão. Se o cara tomou o remédio: Fez porque é o que ele tem que fazer, tem que me obedecer. E se não tomou: é tigrão. O problema é dele. Não quis tomar? Dane-se. Mas se você, na hora de explicar para o cara qual é a importância do tratamento, tentar entender como ele vê a doença para tentar também adaptar a sua explicação ao universo dele, isso daí é que faz diferença... Aí está a arte” (Professor 2 de Clínica).

Ainda assim, alguns alunos aprenderiam a construir campos intersubjetivos e promover verdadeiramente a compreensão do outro-paciente, como relata o aluno do quinto ano:

“O meu primeiro paciente tinha uma pneumonia ovular bizarra e tinha ficado 'malzaço'. Era um 'guritoque', tinha só 2, 3 anos, era pequenininho. E a mãe tinha certeza que ele ia morrer. Era um gurizinho, cara! Era um negocinho, uma pequena coisa, 'cara', um pequeno ser humanozinho. Aí quando eu mostrei os exames para ela e disse: Seu filho não tem nada. Ele está bem. Eu vi que ela gostou da informação, mas faltou alguma coisa. Aí eu comecei a pensar: Eu tenho dois sobrinhos... Se fosse eu e a internação do meu sobrinho, eu não ia querer saber se ele está bem agora – obviamente ele está bem agora, ele está brincando, não sei o que... Eu quero saber se ele vai ficar bem a partir de agora. Será que ele vai ter outra pneumonia? Aí eu perguntei pra ela: E você veio aqui hoje pra quê? Ela olhou assustada assim: Mas como assim eu vim aqui pra quê? Eu falei assim: Ah, o que que você está buscando hoje? Aí ela falou assim: Ah, eu tô buscando se ele está bem. Eu falei: Bem ele está.

Você sabe o que ele teve? Aí ela olhou assim: Sei, ele teve uma pneumonia. E eu falei: E você sabe o que isso significa? Ela: Não. E você sabe o que isso quer dizer na saúde do seu filho? Ela falou: Não. E você quer saber? E ela: Conta. Aí eu contei e falei: Olha, isso é uma doença que ele teve, mas não quer dizer que ele vá ter mais outras parecidas, ele está com a mesma chance que outra criança qualquer, ele não é mais frágil do que isso. E ela ficou muito feliz. Aí foi naquela hora que eu entendi a demanda dela. Foi muito legal, 'cara'! (...) Eu acho que foi o processo de empatia. Eu acho que eu consegui acolhê-la, porque ela teve liberdade para falar e para se expressar. Acho que no começo eu não consegui acolher tão bem, até porque a assistente estava no meu ombro observando a consulta. Raramente a gente atende com o assistente te olhando... O 'cara' não deixa de ser o professor, os professores têm o grande papel de te avaliar, então você fica: Cada palavra minha deve estar sendo avaliada nesse momento. Preciso medir o que estou falando. Aí é outro lado, cara. Aí eu acolhi meio mal. E quando consegui fazer o processo de empatia, consegui entendê-la, consegui me colocar no papel dela... Não tenho a pretensão de achar que entendi a mulher; que foi uma consulta tão madura assim, mas eu acho que eu consegui me colocar um pouco no papel dela e eu consegui 'ter a sacada'. Deu para ler uma linguagem não verbal dela também, a expressão facial, expressão corporal.” (Aluno 10 do quinto ano).

Interessante observar nesse relato que o aluno sinaliza a presença do professor ao seu lado como inibidora do desenvolvimento da experiência intersubjetiva no atendimento, devido à “ímagem condenatória” que a ele se associa no mundo interno desse aluno, e que não sabemos até que ponto não é mesmo uma realidade de fato.

Também uma aluna do quinto ano tem uma boa experiência intersubjetiva para ilustrar a atitude médica que propicia um encontro clínico no qual os campos subjetivos estão presentes e o sentido psíquico da doença é apreendido:

“A minha paciente está tentando parar de fumar. Na primeira consulta a gente usa as técnicas de parar de fumar dentro casa, escolher um lugar específico pra fumar, algumas mudanças no dia a dia com o objetivo de diminuir para 10 cigarros por dia. Ela conseguiu, mas à custa de muito sofrimento. Apesar de que parar de fumar gera sofrimento mesmo. Mas hoje, na consulta, durante uma conversa, eu entendi muito melhor porque ela fuma. Ela foi abusada sexualmente aos 7 anos de idade, e aos 8 começou a fumar; com 20 anos entrou na igreja e parou de fumar e voltou aos 34, quando se separou do marido. Voltou a fumar muito quando se separou do marido que batia nela e abusava da filha. Ela chama o cigarro de companheiro, sabe? Isso não ia aparecer se eu perguntasse quanto ela fuma por dia. Fez muito mais sentido pra mim agora qual a função, o significado, e o lugar que o cigarro ocupa na vida dela; o cigarro é o 'companheiro'” (Aluna 12 do quinto ano).

Para essa aluna o encontro clínico é sempre enriquecedor para ambos, médico e paciente por que é sempre uma vivência de forte tom emocional:

“Com o paciente, ainda que você não atinja a sua expectativa, não consiga tirar uma boa história, não consiga fazer um diagnóstico, convencê-lo de algum tratamento, ainda assim é difícil ser inútil. Porque a consulta médica é um lugar muito especial e a relação que se estabelece sempre gera alguns sentimentos que não são inúteis; sentir coisas não é inútil. Eu acho que eu não me lembro de uma consulta que não tenha gerado algum sentimento (que pode ter sido raiva, alegria, uma puta identificação com o paciente, vontade de saber mais dele, ou querer que ele sumisse da minha frente). E aí não é inútil, sentir coisas não é inútil. Pode não ter mudado a vida de ninguém, mas eu não acho que é essa a utilidade das coisas” (Aluna 12 do quinto ano).

Sintetizando o que seria essa arte do encontro significativo na prática médica, o aluno do segundo ano diz assim:

“Saber conversar é entender quais são as preocupações do paciente quando procura um médico. (...) Para os pacientes da Liga, a preocupação não é: Ah o meu HPV vai sarar ou vai ficar para sempre? É tipo: Eu vou passar pra minha namorada? Eu vou conseguir transar? Ou a ideia daquelas senhoras que tiveram sorologia positiva para sífilis na gestação, a preocupação não é: Estou com sífilis, vou morrer amanhã. Mas é: minha filha pode ter pegado? Ou então: Posso usar a mesma toalha que minha filha? Você deve escutar o que o paciente está realmente falando e não o que você quer que ele fale” (Aluno 3 do terceiro ano).

Entretanto, durante a formação, os alunos vivenciariam situações devidas à estrutura do curso médico que os afastariam dessa postura de busca de aproximação com o paciente, como relatamos em outros momentos desse trabalho.

2.2 Linguagem não comunicativa: lugares e falas que excluem ou afastam as pessoas

O domínio de um linguajar pode provocar duas situações: a fala eticamente comunicativa, em que os falantes interagem e compartilham língua, linguagem e conteúdos normativos, e aquela falsamente comunicativa em há um linguajar comum e uma comunicação formal, sem provocar interações na produção discursiva. Trata-se assim de uma comunicação incompleta em que se partilha a mesma língua e seus códigos, mas tem-se uma aparente compreensão do falado; apenas a forma e os termos são compartilháveis e não necessariamente seu conteúdo.

A linguagem é uma característica do saber médico que cria diferenciais entre os médicos. Os que sabem medicina saberiam usá-la, os que não sabem, não saberiam falar

como médicos. O seu aprendizado é também árduo e longo, mas dominar o seu uso é prova de distinção no grupo.

A linguagem que separa pode ser observada neste exemplo⁴⁹. Na visita à enfermaria, à beira do leito, o residente apresentou o caso, dando o nome, idade e diagnóstico da paciente. Falava tão rápido que era totalmente incompreensível. A professora pediu para ele traduzir o diagnóstico de maneira que a paciente, a farmacêutica e a pesquisadora entendessem. Por várias vezes pedia para o residente traduzir a linguagem técnica para mim (a pesquisadora com formação em Psiquiatria) e a farmacêutica, e o resultado era sempre uma tradução bem simplória, às vezes incorreta relativamente aos conceitos originais. Entre o discurso técnico (na sociologia das profissões, dito esotérico ou especial, isto é, fora do comum) e o comum (de senso comum) não havia meio termo. Já quando o interno apresentava o caso, usava uma linguagem mais próxima do comum, explicava os termos médicos de forma inteligível, sem simplificar de mais ou de menos. Eles ainda não eram médicos, então falavam como todo mundo.

Além da fala técnica, há também a fala em códigos, quando na presença do paciente querem comunicar algo aos pares sem que o paciente perceba.

Na Cirurgia, a comunicação é predominantemente unilateral e descendente, ou seja, não é dialogada e segue a linha de mando vertical que desce pelos degraus hierárquicos da instituição. A via ascendente é quase inexistente.

A distância professor-aluno dificulta a comunicação efetiva. O professor mostra-se como admirável, seguro, quase um ídolo (e acreditamos ser mesmo esta imagem que é ideologicamente construída e aculturada) distante da realidade do aluno, assim como o médico, distante da realidade do paciente. A questão que se repete é: como ensinar a

⁴⁹ Caderno de Campo 12/4/07 - enfermaria .

relação médico-paciente quando grande parte do aprendizado se dá por observação silenciosa (alunos espectadores), sem construção de vínculo, e distante do contato intersubjetivo?

Exceções a essa regra puderam ser observadas e foram descritas neste trabalho (na discussão de caso da Bioética, em algumas visitas observadas, na narrativa de professores e alunos). Mas é importante lembrar que também obtivemos depoimentos que mostram que a comunicação está associada a padrões de comportamento que se ensinam nas entrelinhas das cenas em que os alunos observam ou vivenciam em alguns estágios, com alguns professores.

Por fim, há que se considerar que certos alunos, assumidamente, não têm personalidade para, nem desejo de aprender ou desenvolver qualquer competência ético-relacional. No relato de um aluno do quinto ano, percebemos que tais alunos desde cedo demonstram não pretender aprofundar a relação médico-paciente percebida como um a mais que se faz para o paciente, à custa de um gasto de tempo que seria pessoal e não profissional:

“Na área de enfermaria, que você tem um paciente seu, gosto de fazer o mais rápido possível; eu não gosto de ficar enrolando na evolução. Gosto de puxar rápido, Tudo certinho, mas rápido, o quanto antes. Eu não acho que ficar dez horas conversando com o paciente às 7 horas da manhã vai mudar alguma coisa. Você tem que ser objetivo, ver o que está faltando, ver o que precisa; correr nesse sentido, e se livrar o quanto antes das responsabilidades, para depois ter o seu tempo livre para ver o que quiser. Eu não gosto de enrolação. (...) Eu gostaria de perguntar e o paciente responder exatamente o que eu quero ouvir. Seria mais eficiente. O hospital tem muito paciente. Então, eu sou muito objetivo e não gosto de ficar enrolando; pergunto direto para resolver logo” (Aluno 11 do quinto ano).

A conversa não faria parte do ato médico e se reservaria aos pacientes com os quais sente alguma afinidade:

“Com todos os meus pacientes da enfermaria eu era mais objetivo. Eu chegava de manhã e perguntava de febre, dor, sangue, dreno e tchau, ia ver o outro. Havia um paciente que com ele não, era um paciente com quem eu sentava, conversava. O cara tinha uma cabeça legal, era um cara legal de conversar, tinha uma vida interessante. E queria saber da doença, se informar, saber o prognóstico. Era legal, um cara que gostou do tratamento e eu gostei muito dele como paciente” (Aluno 11 do quinto ano).

A Pediatria era um lugar particularmente irritante para esse aluno, pois cobra mais envolvimento com os pacientes, como recurso técnico, mesmo que ele não o considere. O olhar mais emocional e, portanto, mais próximo da empatia e da humanização não lhe é possível, pois percebe a medicina como uma prática cruel que por isso mesmo deve se manter fria no método, até por certa coerência ética:

“Dos assistentes mais velhos eu gostava, porque os caras são bons. De residente, eu não gostava. Só alguns eram bons, com os outros eu não conseguia discutir. Usam tudo no diminutivo, A carinha do paciente Tá bonitinho. Tá cansadinho?... Na evolução, eu fazia como na cirurgia: você vê a queixa e examina. Você tenta ser eficiente. Aí a residente: Você não perguntou para a mãe dele, como é que ela sente. A criancinha brincou ontem? Aí, depois que uma residente escreveu “sorridente” na evolução, eu... Pediatria, pelo amor de Deus! Ah, não! Alegria não conta! É médico, pô! Não, sorridente, não dá! Ah, alegre e sorridente. Tipo: alegre, vírgula, sorridente, vírgula, corado. Não com um olhar clínico, pô! Porque, daí, você vai com uma agulha, vai ter que tirar o sangue dele, ele vai chorar pra danar. Cadê o sorriso agora?” (Aluno 11 do quinto ano).

Ele assume:

“Na Faculdade, você tem toda teoria bonitinha no que diz respeito à relação médico-paciente, mas em minha opinião, queira ou não queira... Quem não quer ter relação médico-paciente não vai ter. Não importa a aula que você tem: quem não quer, não tem. (...) Já vi várias vezes os médicos passarem a visita e não explicar nada para o paciente, não perguntar se tem dúvida. Tem pessoas na Clínica que mal sabem o que têm, vão morrer no hospital, e ninguém vai se dar ao trabalho de poupar, explicar direitinho, perguntar se quer ficar lá, se quer ir para casa. Isso eu não concordo. Se saiu o exame, eu vou lá e conto o resultado do exame. Tudo o que sai do paciente, eu vou e comunico para ele. E eu aviso tudo para ele” (Aluno 11 do quinto ano).

Ele até admira o exemplo do professor que conversa com a paciente e cuida do aluno, ainda que não siga seu exemplo:

“Lembro uma vez que o 'cara' foi legal, foi lá na obstetrícia, com uma paciente que teve óbito fetal. O 'cara' foi lá ficou uns vinte minutos conversando com a paciente, explicando, acalmando, achei superlegal. O 'cara' dispôs de um tempão do tempo dele. Quem não teve tato fui eu, porque eu não sabia como agir. Era a minha primeira semana de internato, eu não sabia como falar para a mulher que o filho tinha morrido. Aí ele me ajudou. Ele foi à sala comigo, explicou tudo para ela. Ele assumiu o controle da situação... Depois ele discutiu comigo o caso direitinho. Aí ele falou: Ah, 'meu', é difícil essa situação. É sua primeira semana. Você tem que tentar ser o mais legal possível com o paciente, ajudar. Achei legal a atitude dele. Ele não me jogou a bola e disse: Ó, vai lá, entra e fala... Ele chegou e entrou comigo, me explicou, explicou para ela. Foi legal” (Aluno 11 do quinto ano).

Sendo assim, como a conversa, atenção, interesse e envolvimento não fazem parte do que ele acha ser procedimento médico, para aqueles que ele gosta um

tratamento, para quem ele não gosta, outro, como declara sem qualquer pudor ou reflexão a respeito, inclusive acreditando estar fazendo o “seu trabalho”:

“Ah, esse mesmo paciente que eu gostei, lá da enfermaria, era testemunha de Jeová. Fiquei um tempinho conversando... Naquela semana, um paciente, mãe de um amigo meu, faleceu na UTI porque teve uma parada, estava anêmica e era testemunha de Jeová, não deixava transfundir. Eu estava meio puto com isso, aí eu falei para ele: Ó, é o seguinte: você vai operar, é uma cirurgia que pode sangrar muito, e é o seguinte, 'cara', eu não quero que dê merda com você. Você ainda tem sessenta e poucos anos, tem esposa, filha, neto, tudo. Acho melhor... A gente ficou conversando legal. Aí, ele falou: O que você acha melhor? Você acha melhor transfundir? Eu falei: Ó, não é uma regra; se precisar, a gente faz. Aí, ele: Tudo bem, eu assino. Se fosse um desses outros pacientes, eu já ia falar: 'Meu', é o seguinte, 'cara': pode sangrar e você pode complicar. Você quer transfundir? Porque, olha, se complicar vai ser uma merda. Acabou de morrer um paciente lá e, 'meu'... Você tem certeza? Porque se é um paciente que eu não tenho simpatia, eu não destrato, mas eu também não converso, eu não sou simpático. Eu só faço o meu trabalho, nada a mais” (Aluno 11 do quinto ano).

A falta de disponibilidade interna para o encontro clínico intersubjetivo também aparece no relato de um aluno do segundo ano, que apesar de reconhecer a tentativa da escola de ensinar um pouco da Humanização na atenção ao paciente, revela que em sua opinião os valores trazidos de fora são fortes e predominantes a respeito do tema:

“Eu acho que tem ser uma relação o mais humana possível, você tem que deixar o paciente à vontade, mas não criar um vínculo de intensidade com o paciente, não descobrir nada da vida dele, até porque estão em patamares diferentes, sabe? Médico é médico e paciente é paciente, por isso um está sentado desse lado, e o outro daquele. A diferença? Ser médico envolve vários aspectos. Um é o conhecimento que se tem.

Segundo, é a própria imagem do médico, que é um negócio que vem de dois mil anos atrás. O médico tem aquela magia, aquela aura que o envolve, essa figura do poder da cura. Essa é a diferença. Não é à toa que existe a hipertensão Jaleco Branco. É isso, 'cara'! É essa a figura do médico; isso que o médico causa no paciente.” (Aluno 4 do segundo ano).

Sobre saber atender diferentes pacientes, mas com igual zelo, ele se confunde todo, mostrando pouco conhecimento e pouca reflexão sobre o assunto:

“É, realmente, eu acho que o médico deveria atender todo mundo igual, porque... sabe? É a mesma coisa que você contratar um serviço... Seria equivalente a contratar um serviço aí de limpeza. Não é porque meu vizinho é mais rico do que eu, que eu vou ter um serviço pior. A mesma coisa o médico. O médico está prestando um serviço para o paciente, tem que ser imparcial. Apesar disso ser praticamente impossível, porque o médico é uma pessoa também. (...) 'Cara', isso não existe. Isso não existe. (...) Não acho que seja uma violência ao direito da pessoa. Você não está prejudicando ninguém. Desde que você não prejudique ninguém fazendo isso...” (Aluno 4 do segundo ano).

3. Violência

A natureza humana que resiste nas sombras.

A violência está presente e ocorre nos relacionamentos de várias formas. Definida, aqui, como a não comunicação devido à anulação do *outro*, sua coisificação, ou o seu não reconhecimento como sujeito, expressa-se na linguagem que aproxima ou afasta, o que também nos permitiria pensar a violência como a quebra da comunicação, ou a não linguagem de interação (linguagem que comunica algo como experiência ao

sujeito que a vive sem ser de fato uma comunicação entre sujeitos). Também nessa linha de pensamento, a violência apareceria como a quebra no jogo dos atos de fala, ou a quebra da linguagem entre sujeitos.

Como exemplo, a professora 4 de Clínica Geral nos conta uma situação na qual os alunos se organizaram para protestar contra uma decisão da Diretoria da Faculdade e ela tentou interceder no assunto em uma conversa com o diretor. Quando em determinado momento da discussão, este se viu sem argumentos para manter sua opinião, abordou a professora da seguinte forma:

“A senhora é professora dessa escola? E eu falei: Sou. A senhora é realmente professora dessa escola? Eu falei assim: Olha, professor, eu não recebo por essa escola, mas eu sou professora. A senhora tem titulação? Eu estava fazendo o doutorado. Eu falei assim: Olha, professor, eu estou terminando o meu doutorado. Eu espero que meu doutorado não seja só para estacionar o carro aqui, e sim para continuar dando aula para os alunos. (...) Aí, ele ficou mais tocado e olhou para mim e fez assim: Minha filha, você não é nada! Aí, eu parei um pouquinho, olhei e falei assim: Sabe que o senhor tem razão? Eu não sou nada mesmo. Porque se estou dizendo que os alunos não vão ter aula a partir de amanhã, e o senhor, que é diretor dessa escola, diz que não tem importância, o que eu estou fazendo aqui? O senhor pergunta se eu sou professora, eu digo que, de fato, eu sou professora, que eu dou aula há vinte e tantos anos, o dia inteiro. O senhor diz que eu não sou nada? O que eu estou fazendo aqui? O senhor tem razão. Eu vou sair, porque eu não sou nada mesmo, e o senhor se vire com o que vai acontecer amanhã. Por sinal, tem mais de cem alunos aí fora, querendo falar com o senhor. Eles vão conversar com o senhor agora para ver se o senhor entende direitinho o que é que acontece. Eu vou embora, eu não sou nada mesmo. Dá licença.”

Ainda que depois, o diretor tenha percebido seu ato e tentado minimizá-lo, mudando o tom de voz e servindo-lhe um café, o dito não foi desdito...

Na Cirurgia, a violência encontra solo fértil na própria natureza fortemente sensibilizadora 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 funcionando contra a humanidade que fariam deles nossos semelhantes, a todo o momento nos lembrando que também estamos à mercê de tais sofrimentos. Ver a doença, o órgão, a lesão e não ver a pessoa poderia estar funcionando como um recurso para não entrar em contato com a dor (do outro e a própria) ou para lidar com o medo de ser por ela tomado e paralisado, embora, com o tempo possa significar uma automutilação da capacidade sensível humana.

Alguns a percebem e reagem, como o professor 1 de Cirurgia:

“A gente é violento aqui, muito violento. Por isso que eu acho que a gente precisa falar bastante sobre isso, até para exercer menos essa violência. E a violência aqui é exercida em momentos que é covarde, momentos em que você não pode se defender; você não tem um regimento para te defender. Por exemplo, numa banca, onde o fulano não pode abrir a boca; numa congregação, num momento onde a disparidade de poderes é muito grande, então é uma atitude covarde. Ela está presente o tempo todo: a violência como a gente se destrata, como a gente se trata, como a gente se desrespeita, como a gente cresce, a gente cresce pisando na cabeça das pessoas”.

Outros, nem mais a percebem, como na fala do professor de 2 Cirurgia:

“Não é visível. Não percebo essa violência”.

Ou na emblemática aula magna⁵⁰ de um professor simpático e muito respeitado por ser uma autoridade no assunto. Sua aula era repleta de citações eticamente discutíveis e imagens de tamanha brutalidade que era impossível não chocar aos mais sensíveis ou desavisados: *“O paciente pode evoluir para morte imediata ou morte tardia. Que importância isso tem? Tanto faz morrer agora ou depois, o problema é que cada dia de UTI vai custar muito para os cofres públicos, sendo que existem outras necessidades de saúde para esse dinheiro”*, ou *“Tratar pessoas que não contatam adequadamente, como alcoolizados, dementes e drogados, é fazer medicina veterinária”*, ou ainda *“A aluna que atendeu esse caso, assistiu minha aula, fez a coisa certa e conseguiu evitar que o sujeito virasse mais um paraplégico pedindo esmola na rua”*. Apresentou slides que mostravam imagens de casos tão verdadeiros quanto cruentos e repulsivos que uma aluna evitou olhar a tela.

Na Clínica Geral, de forma mais atenuada, a falta de respeito, ou o abuso sobre os direitos das pessoas, expressa-se no cotidiano em gradações que, às vezes, beiram a violência.

O professor 1 de Clínica coloca ênfase no desrespeito entre colegas médicos:

“Uma coisa que na clínica acontece é desrespeito em alguns assuntos. Por exemplo, depois de um plantão, uma grande mudança que houve é que a pessoa que deu plantão pode ir para casa. Quem diria, não é? Quem diria, depois de décadas, de séculos. Esse direito foi um grande avanço que implicou equacionar a situação da seguinte forma: é preciso ver seu doente depois do plantão; conversar com quem tem que conversar, sem entrar na rotina desse dia, mas mantendo a responsabilidade com o doente e depois ir dormir. Esse é um respeito, não é? Há camas para se dormir à noite, então há respeito. Não há refeitórios, não há comida decente para médicos que dão

⁵⁰ Caderno de Campo, 28/01/08.

plantão, que é outro problema, não há uma sala de conforto médico adequado, outro problema. Há abusos em relação a pedidos para os plantonistas que não deveriam ser feitos. Eu digo toda vez, plantonista é plantonista, não é para fazer a rotina que não foi feita durante o dia. Não deixe para o plantonista... mesmo porque você é o plantonista de amanhã! E isso convence. Agora, há desrespeito grande em relação aos outros profissionais da saúde. Não se acredita na enfermeira, na nutricionista, no fisioterapeuta”.

Os alunos também identificam muitas situações nos ambientes acadêmicos e nas relações entre as pessoas que vão da falta de respeito à violência física inclusive, ainda que esta não seja a mais frequente no dia a dia.

“Acho um desrespeito, e não sei até que ponto desrespeito é violência. Eu acho violência do professor com o aluno essa porcaria de cobrar presença na aula teórica. Acho uma besteira tão fenomenal porque tem os caras que não sabem dar aula, cobram a presença não sei se pra massagear o ego e poder falar: Nossa, a minha aula estava cheia (de gente dormindo), mas estava cheia. E cobra presença senão te reprova. Isso eu acho uma forma de violência porque te obriga a estar em um lugar que você não precisaria estar, porque talvez o conteúdo do livro seja muito melhor do que o conteúdo que o professor está te passando. Talvez você se canse muito menos lendo o livro, aprenda muito mais do que estar ali vendo um professor que, às vezes, não sabe falar e que não está te servindo de nada. Eu acho violento” (Aluno 3 do segundo ano).

Um aluno do quinto ano deu sua opinião:

“Ah, às vezes eu vejo violência ética com o paciente. Com os estudantes, há falta de respeito dos professores. Não acontece com frequência, mas acontece. Semana passada houve uma visita que o meu colega estava passando o caso e aí, por capricho, o professor (que passa visita uma vez por semana e não sabia nada do caso) parou na

frente do paciente e falou: Essa história está muito mal contada, conta direito. Então, para o paciente é uma violência, porque ele sente: O que estão fazendo comigo? Pode até pensar que o interno não está cuidando dele direito. E ainda ter de escutar falarem da sua doença dentro de uma enfermaria com mais oito pessoas. Tem jeitos e jeitos, sabe? Hoje acabei de passar uma visita com outro professor, que é um espetáculo, que passou na beira do leito, discutiu de forma muito completa sem ferir o paciente, sabe?” (Aluno 13 do quinto ano).

Uma aluna do terceiro ano percebia a violência na atenção ao paciente, que para ela tinha a ver com a organização dos serviços:

“Eu não acho que tenha violência física, mas violência verbal, violência emocional, tem. Além de todo esse preconceito, às vezes as pessoas estão estressadas e se xingam mesmo. Eu não sei, eu fiquei apavorada uma vez em que eu estava lá no PS em uma aula, e um residente estava xingando um paciente porque ele estava com um pé no meio do caminho. Pô! O cara está numa maca, está morrendo e ainda estão xingando o 'cara'! Pega e empurra o 'cara' para outro lugar! Pode não ser física, mas é um tipo de violência que acontece mesmo. Não sei, é superlotado, mas às vezes você tem essa impressão de descaso com os pacientes, o médico que atende, nem olha na cara, rabisca uma receita e manda embora. É um tipo de violência. Agora, é complicado achar a causa, sabe? Tem médico que está cansado, paciente que é mal-educado, tem gente demais para ser atendida e médicos de menos” (Aluna 6 do terceiro ano).

Outra aluna do terceiro ano percebia a falta de respeito do professor para com o paciente de outro ponto de vista:

“Às vezes, acho que a gente tem uma visão de violência muito mais para o lado físico do que para o moral. Definir violência do lado físico é muito fácil, agora definir

a violência moral eu não sei direito. Por exemplo, quando o professor desconsidera o aluno enquanto pessoa digna de falar qualquer coisa, de opinar. E, sei lá, o desqualifica na frente de todo o mundo, sabe? Acho que reduzir as pessoas talvez seja um ato de violência moral. (...) Por exemplo, não me lembro direito, mas acho que era um caso de bicho-geográfico na Dermato. E a mulher começou a falar qualquer coisa que teria a ver com flor, que ela achava que tinha a ver com as plantas que ela regava, alguma coisa assim. E aí, o professor falou assim: Ó, gente, ela está falando isso, mas não tem nada a ver. E eu lembro da cara daquela senhora. Ela ficou assim, quietinha, não entendendo do que a gente estaria falando. Eu acho que as pessoas não percebem que é uma violência moral” (Aluna 7 do terceiro ano).

A mesma aluna apontava que há violência física entre os alunos:

“Eu acho que entre os alunos existe violência. De agressão mesmo: tanto física quanto verbal. Eu já ouvi histórias, no Centro Esportivo, mesmo outro dia, no Centro Acadêmico, o 'cara' fez uma brincadeira com o outro, e o outro levantou, já para bater, sabe? No meio do Centro Acadêmico, estava todo mundo assistindo jogo de futebol do Brasil. Achei meio absurdo, mas isso existe entre os alunos” (Aluna 7 do terceiro ano).

Já, para o aluno do segundo ano, membro aspirante à diretoria do Centro Esportivo, não haveria violência na Faculdade:

“Violência é qualquer ato ou atitude que ofenda fisicamente, ou moralmente outra pessoa. Não precisa ser física, pode ser uma expressão. Eu não enxergo violência aqui dentro não, pra ser sincero” (Aluno 4 do segundo ano).

Questionado sobre uma prática de abuso físico tradicional entre os alunos, proibida pela instituição, mas que ainda acontece de forma clandestina, ele respondeu:

“Eu não concordo com a prática... É um resquício do trote, não é? O que eles (os veteranos) falam é que não chega a ser uma agressão, porque se você realmente

falar: Ó, não é comigo. Sai fora! O pessoal não vai te forçar. Isso é o que eles falam, porque eles falam que quem agride são os 'caras' que já são amigos, que têm uma intimidade. E não é uma agressão, porque dificilmente alguém, pelo menos é o que eles falam, dificilmente alguém que é agredido para de frequentar. Então não é uma agressão nesse sentido, porque a pessoa não encara como agressão, e a definição de agressão, pra mim, é aquilo que machuca, que agride moralmente ou fisicamente um indivíduo na opinião dele mesmo” (Aluno 4 do segundo ano).

Mais sutil ou mais explícita, pudemos observar e encontrar nas narrativas manifestações da violência no que se refere à assimetria das relações, ao preconceito e ao comportamento das pessoas, configurando situações de violência institucional frequentes a ponto de se tornarem, por assim dizer, naturalizadas.

3. 1. A violência devido à assimetria de relações

Para alguns professores, a hierarquia é um modo de organização do trabalho que envolve atribuições e responsabilidades e se desvirtuaria quando dá margem ao poder autoritário colocado a serviço da vontade pessoal do mandatário⁵¹.

Professor 1 de Clínica: *“Em relação à hierarquia médica, eu tenho uma dúvida... O pensamento de concorrência, de levar vantagem, começa muito antes do 'cara' ser professor titular, então o professor titular é um perpetuador dessa ideia hierárquica. E ele tem um papel muito grande nisso porque ele perpetua e forma cabeças desde cedo para isso. Você vai ser melhor que seu colega do lado, a qualquer custo. E isso é errado. Raros lugares da Faculdade são mais livres, como aqui na Clínica, mesmo assim existem os mais iguais que os outros. Então há a questão de perpetuação disso...*

⁵¹ A literatura refere como assédio moral quando há abuso ou violência na relação hierárquica (patrão e trabalhador, professor e aluno).

Eu não vejo a hierarquia necessariamente errada. Por exemplo, o cirurgião pensa hierarquicamente, quer dizer, existe o cara que está operando e existe o auxiliar dele. Se ficarem discutindo: Olha, está sangrando, será que está vindo daqui, vamos ver... Acabou, o paciente morre. Então sangrou, estancou e acabou, resolve. O pensamento é diferente do clínico. O clínico não, ele vai discutir o melhor tratamento e se os trabalhos mostram isso, são pensamentos diferentes. De responsabilidade e atribuições. Quer dizer, o chefe vai responder pelo serviço, mas existe a função de cada um dentro de um grupo. Então isso na cirurgia é muito claro. Na Clínica, às vezes, precisa que seja cobrada a responsabilidade. Gente que precisa fazer funcionar porque está aí para isso, e isso falta muitas vezes”.

Para outros professores, a hierarquia é mais que um modo de organização, a razão da qualidade do ensino nesta escola:

Professor 2 de Cirurgia: “Num país como o nosso, ela é necessária. Você pode pegar as universidades federais como exemplo, onde a hierarquia foi diminuída. Eu acho que ainda se salva um pouco daqui para o sul, no Paraná, no Rio Grande do Sul, mas daí para cima, difícil. Por outro lado, eu diria para você, às vezes eu fico olhando o poder do professor titular (se exercer todo o poder) é exageradíssimo. Então fica muito na consciência individual, no que ele pensa. Acho que a Faculdade mudou muito nos últimos anos, ela melhorou nesse sentido do poder, mas se quiser exagerar, vira um poder do cão. Mas a hierarquia no Brasil é necessária, com certeza”.

De forma menos entusiasmada e mais crítica, o professor 3 de Cirurgia concordou com a hierarquia, que significa assimetria das relações e de poder por legítima autoridade, mas não com o que chama de “abuso” do poder, que expressa a nosso ver o uso instrumental do poder, quando não há reconhecimento da legítima autoridade, daí a violência, ou seja o recurso a uma imposição de autoridade (não

reconhecida nem mais legitimada) pela força física ou coerção moral dada a posição hierárquica institucional:

“No passado, quando o 'cara' era catedrático, era um outro mundo. Hoje em dia, acho que mudou muito isso aqui. Continua e tem que ter uma hierarquia, evidentemente, mas acho que ela, hoje em dia, é muito mais baseada em coisa real, conhecimento. Você pode ter fulano que não tem título acadêmico, mas que é considerado tanto pelos colegas, quanto pelos alunos, um excelente profissional, um bom professor. Então, eu acho que, hoje em dia, você valoriza isso mais do que no passado, apesar de tudo. Eu acho que isso é bom. No passado, quando eu era residente, todo dia de manhã, quando o professor catedrático chegava, alguém telefonava: O professor está chegando! Então, ele subia. e sempre estava de terno e gravata. Então, quando ele descia do elevador, dos dois lados do elevador ficavam os assistentes e os alunos, todo mundo em pé. Inúmeros outros exemplos eu poderia te dar. Então, eu acho que esse tipo de hierarquia, meio militar, é uma estupidez total. Aquilo que você precisa ter de hierarquia é no sentido de respeito. O cara que está acima de você entende daquilo mais do que você. Ou chegar à conclusão que o cara que está abaixo de você, se ele entende mais do que você, você tem que ter bom senso e abertura para chamar e dizer: Olha, você entende, então me explica como faz. Não é pelo fato de ser titular ou qualquer coisa dessa ordem que você é o dono da verdade. Por que também tem um monte de gente que você vê que faz carreira acadêmica para ter poder, e não necessariamente conhecimento. Mas isso, não tem jeito, vale na indústria, vale... No mundo. Vale até entre os animais, que dirá entre os homens...” (Professor 3 de Cirurgia)

Na visão dos alunos, a hierarquia é útil para a organização do trabalho, mas na prática resvalaria para a violência por servir ao uso instrumental e não ético do poder,

para a reconquista à força de uma autoridade (poder) perdida (Schraiber, 2009), como disse o aluno do sexto ano:

“A hierarquia é uma forma de transmitir conhecimento e de organização. A princípio, como organização: alguém com mais prática tem de tomar decisão. (...) 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” (Aluno 15 do sexto ano).

O “abuso do poder” daria, inclusive, um caráter promíscuo ao trabalho, na visão desta aluna do quinto ano:

“Eu acho que as pessoas têm condições diferentes e têm níveis de conhecimento diferentes e é importante que cada um tenha seu espaço e a sua função; até de certa forma o seu poder, não desse jeito, que vira uma hierarquia no sentido de que outras coisas passam a importar, não é se você é de fato bom... Se torna meio promíscuo as relações influenciarem mais do que o trabalho em si” (Aluna 12 do quinto ano).

Nesse caso, nota-se que o recurso à noção de promiscuidade da aluna é para apontar a confusão e ambiguidade de reconhecimento da autoridade: quem seria a autoridade legítima? Quem sabe e pode ensinar “o trabalho em si”, como ela diz. A aluna claramente identifica as relações interpessoais como o espaço da corrupção do aprendizado ou da violação do correto ensinar, quando o poder se manifesta na dimensão relacional sem chancela de legítima autoridade do saber. Concretizando-se como violência, essa dimensão das relações intersubjetivas será a situação que muitas

vezes (vítimas ou agressores) querem ocultar. A literatura que se aplica a esse tema mostra com frequência a questão de sua invisibilidade, quer pela explícita banalização e sua normalização, quer pelos silêncios que a recobrem (Schraiber et al, 2005; 2009).

Para um aluno do sexto ano, seria também um fator de afastamento na relação professor-aluno. A hierarquia médica bem estratificada (como acontece nas corporações) determina comportamentos e cria distâncias para a interação:

“Acho que a hierarquia tem que existir sim como modelo de organização e de responsabilidades. Mas acho que tanta hierarquia também distancia as relações. Por exemplo, o interno não tem contato com o titular que está muito acima. Tem estágio que a gente recebe orientação de não se dirigir ao titular, nunca reclamar nada para o titular, de nunca falar nada para o titular. Na Cirurgia. Claro!” (Aluno 18 do sexto ano).

Entre alunos da graduação ou mesmo estes com os residentes, a relação é mais próxima, mais espontânea. O residente se comporta muitas vezes como um irmão mais velho do interno e o ajudaria na realização de tarefas ou no ocultamento de suas falhas. Começa aqui uma experiência de “companheirismo” e “fidelidade corporativa” tida como fundamental para a sobrevivência no dia a dia da vida de estudante de medicina. Ainda assim, a hierarquia está presente, talvez mais referida ao respeito pela experiência que pela autoridade, como se estabeleceria depois a depender da ambiência dos estágios.

Regra que muitas vezes se quebra, como contou este aluno em relação à sua conduta com os professores nos primeiros anos da graduação:

“Com professores, acho que tem que respeitar aqueles que respeitam os alunos, que querem ensinar, que têm boa vontade. Acho que você respeita isso indo às aulas; se dedicando na matéria. Mas eu mesmo já desrespeitei, eu já fiz muito: você vai à aula,

fica a aula inteira conversando, fazendo piadinha. Se eu fosse professor, eu não admitiria...” (Aluno 11 do quinto ano).

Já no Internato, observamos que, no ensino centrado no professor e modelo pergunta-resposta, há professores que procuram forçar o aluno a pensar e a estudar por intimidação. O modo pelo qual o professor quer investir no aluno é a força: forçar o aluno a pensar como ele e com sua rapidez, usando do tempo que ele acha adequado. Perguntam e perseguem a ignorância do aluno. Criam um ambiente de embate e competição em que é claro que haverá o ganhador e os perdedores. Há um estado de interação marcado 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 CRM, que, afinal, permite (e legitimaria) a última palavra.

O aluno é o objeto sobre o qual incide a ação do professor. Em diversos cenários, observamos os alunos assistindo o professor, calados, atentos ou distantes, poucas vezes interagindo, concordando, questionando ou discordando. A obediência e submissão aos que estão acima caracterizam a atitude do aluno em situação de aprendizado no Internato. Noutros espaços, sentimentos não tão nobres se extravasam. O treinamento sob estresse, nesta pedagogia do medo, talvez vá diminuindo o medo e a película sensível, e aumentando a face racional-cognitiva. É uma hipótese...

Enfim, os dados nos permitem dizer que a hierarquia é adotada desde cedo, seja ela um modo de organização produtiva do trabalho, seja ela um modo de exercício do poder. Esse treinamento não consta no programa, mas é evidente que começa desde cedo a fazer parte da constituição da identidade médica do aluno.

Para este aluno do quinto ano, esse aprendizado manteria a cadeia de violência que se instaura desde os primeiros anos e se sustenta durante e após a conclusão do curso médico:

“Hierarquia, em algumas situações, ela é importante. Então, por exemplo, você está dentro de uma situação de cirurgia. Cada um ali tem o seu papel e existe uma relação hierárquica entre eles. Mas, fora essa situação específica, eu acho muito complicado essa hierarquia. Acho que não tem necessidade. Uma relação horizontalizada tem muitas vantagens. Costuma ter resultados melhores, mais rápidos. Todo mundo trabalha mais feliz. Por exemplo, uma equipe médica dentro de uma enfermaria, ela funciona melhor se as pessoas se entendem como colaboradores do processo todo ali. Está trabalhando todo mundo junto, no mesmo patamar. A impressão que dá é a que as relações funcionam melhor. Agora a relação entre as pessoas da Faculdade... De residente para cima, em cima da enfermagem, tem uma relação de poder importante: eles mandam mesmo. A enfermagem tira essa relação de poder em cima dos pacientes. Assim, é de lei você encontrar pacientes que estejam fazendo coisas que a enfermeira não quer, aí ela fala: Ó, o médico não quer que você faça isso. Seja lá o que isso for; qualquer evento, qualquer coisa que seja contra o que ela imagina que o paciente deva fazer. Ela utiliza esse poder do médico. Na cirurgia, muitas vezes, o médico, seja ele residente, assistente, titular, qualquer coisa, ele faz uma relação de poder; uma relação castradora em cima de quem está abaixo dele. E isso se transfere para todos os níveis, criando uma cadeia de violência. Uma espiral de violência”
(Aluno 10 do quinto ano).

3.2 A violência devido ao preconceito

Como discutido anteriormente a propósito da percepção e aversão ao *outro* como desigual, a relação médico-paciente fica comprometida pela atitude que impede ao médico acolher e tratar o *outro* estranho, por quem demonstra preconceito, como observado neste recorte de uma visita⁵² na Clínica.

A residente, na apresentação do paciente sob os seus cuidados, segura de si e sem qualquer subterfúgio ou disfarce, manifestou preconceito ao morador de rua: *“Ele não segue o tratamento por que é tigrão. Fica retornando aqui sempre imundo, nojento e me mandando beijos! Eu acho que não tinha que tratar essa gente. Ele escolheu essa vida, problema dele. Pobreza não justifica sujeira.”* Os internos concordaram e o professor não conseguia promover uma discussão apropriada, considerando o choque das diferenças socioculturais, choque que acontece quando médicos, em geral, vindos da elite entram em contato com pessoas das camadas populares, principalmente no hospital escola que é do setor público. A fala do professor reforçou a ideia de superioridade inata dos médicos. Disse que estes vêm de uma classe social que pode ter acesso a bens sociais que outras camadas não têm, e que ninguém tem culpa se o pai do médico deu estudo para ele e o do morador de rua, não.

Tais alunos (e professor) se colocam diante do *outro* com os seus valores como modelo e ante a diferença, desprezam e destratam o *outro*, um total estranho, e, no caso, sujo. A violência como forma de anulação do *outro* como sujeito se expressa, particularmente, nos casos em que se torna muito difícil lidar com as diferenças sociais e culturais e encontrar o que haveria de comum, de humano-igual, entre sujeitos tão distintos. Por fim o professor disse à residente que o paciente tem autonomia para se tratar se quiser e que a obrigação de todo médico é tratar porque é assim que a

⁵² Caderno de Campo, 20/9/07 - enfermaria.

instituição determina que se faça. 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.

Quando a ética não prevalece ao nojo, acontecem situações como a que o aluno do sexto ano narrou:

“Eu não sei se para ser um ato violento, a pessoa que está recebendo o ato precisa entender isso como violência... Eu não sei. Muitas vezes você toca a caixa, atende rápido e resolve. O paciente fica grato, ele não acha que isso foi um desrespeito. O problema é que você sabe que fez errado, aí pode ser considerado um ato de violência? Uma vez chegou ao pronto-socorro de Cirurgia um 'cara' que quebrou a perna. Ele estava assaltando e roubou uma bicicleta para fugir do assalto. Ele foi trazido por policiais, que pediram para a gente 'cuidar muito bem dele': Cuidem muito bem dele. Ainda mais porque ele tem dois palhaços tatuados no peito: um palhaço significa que ele matou, e o segundo palhaço significa que já matou um policial, então cuidem bem dele. Era um caso que realmente não precisava de sondagem, não precisava de tudo. Mas, treinou-se a sondagem, entendeu? Treinou-se o toque retal. A sondagem não foi nem por mim, foi uma colega que nunca tinha feito. Foi uma violência, mas foi um caso específico, que você acaba colocando outras coisas da sociedade: O cara é assassino de policial; o cara estava assaltando uma menina. Aí você acredita na história do policial e vê que o menino não era a melhor pessoa do mundo. Os médicos com CRM saíram da sala no momento em que: Ah, é assaltante. Ficaram só os internos. Você percebe que tinha uma violência dos dois lados. Um não estava querendo se envolver na violência porque não pode, porque é profissional. Os outros não são profissionais ainda, então... Não se deixou claro para o paciente que era uma coisa que podia ser pulada no exame. Mas acho que ele entendeu (já que não

era bobo) como um castigo, pois ele sabia que não estava certo em outras coisas. Mas não deveria ter sido feito uma coisa dessas no hospital. Depois você vai pensar, mas na hora ... Eu até posso ter feito alguma outra violência que eu não tenha percebido, mas essa foi muito descarada, foi até proposital” (Aluno 19 do sexto ano).

Em outro exemplo, apareceu uma experiência de descaso com paciente alcoolista e na verdade com o aluno que ainda tem interesse em fazer o que aprendeu ser o jeito correto de agir, como contou o aluno do sexto ano:

“No pronto-socorro de Clínica tinha uma paciente que estava alcoolizada, era glasgow 3. Eu falei: Bom, vamos dar um suporte. Quer dizer, se era glasgow 3, vamos sei lá, talvez até intubar, não sei. Embora ela vá acordar daqui duas horas, você intuba para proteger a via aérea. Aí eu falei: Vamos fazer! E ninguém quis fazer comigo. Ah, ela é bêbada, deixa aí. Eu olhei os relatórios de primeiras condições, coloquei a paciente 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...” (Aluno 19 do sexto ano).

Na prática, a teoria se distorce pela ação dos aspectos subjetivos de seus agentes, aspectos estes que formalmente são considerados sem relevância no modelo científico do qual deriva.

Menos descaradamente, o preconceito que justificaria o abuso aparece na experiência que a aluna do quinto ano contou:

“Existem os pacientes VIPs. O paciente diferenciado. Que é um pouquinho mais orientado, estudou um pouquinho mais. Esses, ainda que não sejam parentes de ninguém, são tratados diferente. Por exemplo, não submeter a procedimentos sem uma autorização expressa. Não achar que pode usar e abusar dele pra fazer o que quiser, pesquisas, ensinar seus alunos... Porque as pessoas acham que podem mesmo abusar

um pouco das pessoas mais pobres. E a instituição também que se coloca desse jeito” (Aluna 12 do quinto ano).

Observação que aparece também na fala do aluno do quinto ano:

“Quando você pega um paciente com demência, um paciente mal informado, ou alcoólatra, viciado em droga, acho que tem um certo julgamento de valores. (...) Sei lá, às vezes, você vai discutir o caso: Ah, aquele alcoólatra, aquele 'mala'! Ah, tá! O que é que ele tem? Sabe? Se fosse, sei lá, um paciente de convênio, com certeza, seria diferente: Ah, não, o que ele tem? Ah, vamos investigar tudo, assim. Para alguns os direitos são seguidos... Para outros, não... O presidiário que está lá no PS, algemado na maca. Cadê a relação médico-paciente? Nossa, você quer que o 'cara' vá embora! Você não quer um bandido lá do teu lado, sabe? É um julgamento de valores. Tem um amigo seu no PS, você tenta ver o quanto antes. Se é um presidiário... Tudo bem, a função do médico não é julgar sobre a culpa do 'cara', é tratar o 'cara'. Mas tem um julgamento de valores. Acho que o direito deve ser universal, mas tem caso que... E acontece com todo o médico, acho que não dá para culpar ninguém. (...) Tem o fator humano, você tenta seguir o que é correto, mas nem sempre dá. Acho que esse é o limite da profissão” (Aluno 11 do quinto ano).

Na Cirurgia, o preconceito aparece no julgamento que se faz dos pacientes do hospital público, como inferiores intelectualmente e culturalmente por procederem das camadas mais pobres da sociedade. Ainda que essa clientela esteja mudando, e esse hospital atenda cada vez mais a classe média, os professores pertencem a uma elite que habita outros mundos e aqui a distância é certamente maior do que na Clínica. Os alunos apontam esse preconceito como justificativa dos médicos para não conversarem com os pacientes e com eles tomarem decisões terapêuticas compartilhadas. Nesse

sentido, a dificuldade para a relação intersubjetiva estaria menos na organização do trabalho e do tempo, e mais no preconceito mesmo.

3.3 A violência devido a comportamentos coniventes

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 estremecida nos tempos atuais.

A aluna do quarto ano contou algo semelhante:

“Não com médico, porque os médicos já estão mais 'descolados'. Mas com colegas meus, gente mais quietinha, mais retraída, você percebe que o paciente domina a pessoa. Vai manipulando o aluno. Pergunta e ele não responde, é evasivo, agressivo, e a pessoa acaba não conseguindo fazer aquilo que ela precisa fazer. Aí um pouco de hierarquia ajuda. Vai depender do paciente você ser mais suave, ou ser mais duro”
(Aluna 8 do quarto ano).

Entre alunos, a violência não só seria frequente como considerada gratuita, irracional e persistente...

O professor 2 de Cirurgia dá sua opinião:

“Se você vai a um jogo universitário é coisa de maluco! De vez em quando morre alguém. Por que isso? É a raiva ou a força interna que vem para fora num determinado momento? Por que todo mundo precisa disso em algum momento? É por que ele está contido? Porque a Faculdade é um sistema de contenção? Ele é médico, estudante, e de repente o cara vai à festa e arreventa tudo num sábado à noite, de uma forma acima de qualquer vivente da cidade. Você vê muito isso, essas explosões. Às vezes eu fico olhando os meus filhos que não fizeram medicina, e vejo o que é um

estudante de medicina. Meu filho com 21 anos era um meninão. O estudante de medicina com 21 anos tem um peso em cima dele, não é?” (Professor 2 de Cirurgia)

O aluno do quinto ano endossa essa opinião:

“Violência física nunca presenciei aqui. A não ser nas competições. É meio irracional mesmo. Um negócio que me violentou bastante foi uma competição que teve há pouco tempo. Tinha um estacionamento no lugar da competição e eu estacionei o carro, meu carro tem um adesivo da Faculdade. Depois da competição eu voltei e a lateral inteira do carro estava riscada. Não tinha um motivo aparente. A pessoa que fez, não sabe por que fez, não sabe contra quem fez e nunca vai saber. Eu também nunca vou saber quem fez. E aí, vou fazer algo igual? Dá vontade, mas é um negócio que se você usar a razão você vai se achar estúpido fazendo. (...) É irracional. O perigo é esse, não tem um motivo, não tem razão. Como fizeram com o meu carro” (Aluno 13 do quinto ano).

Para ele, o abuso de álcool poderia ser uma das explicações:

“Os eventos acabam levando a gente a beber, sabe? Os eventos do Centro Esportivo só têm cerveja. A cerveja é de graça. Não tem água, mas tem cerveja desde pela manhã, e aí você toma porque está com sede” (Aluno 13 do quinto ano).

A “tradição” da violência seria outra explicação na opinião da aluna do sexto ano:

“É igual aos calouros que, quando entravam, recebiam o trote. Quando você recebe um trote violento, você quer dar um trote violento. Essa é uma realidade que acontece na prática médica. Se as pessoas são autoritárias com você, na época que você for o superior, será autoritário também. A maioria das pessoas é assim: Ah, se ele acabou comigo, então é a minha vez de acabar com ele! Então, quem sabe mudando isso... melhorando, principalmente, na carreira acadêmica que tem mais essa

hierarquia, esses problemas de um não respeitar a opinião do outro, de não ouvir o que o outro está falando” (Aluna 17 do sexto ano).

Segundo outros alunos, os calouros mal chegam e já experimentariam essa “tradição”, como aparece no relato do aluno 2 do primeiro ano:

“Tem violência. Eu vou falar do ano passado. Eu acho que senti falta dos veteranos pintarem, cortarem o cabelo. Eu acho legal pintar. Na matrícula, os calouros pediam: Olha, corta o meu cabelo. Na festa de recepção de calouros (feito pelos veteranos, fora da Faculdade), o dia inteiro foi legal. Aí deu umas 10 horas da noite eu já estava esperando pelo pior. Aí meia-noite, o veterano do Centro Esportivo veio me acordar. Ele falou bem assim: Acorda que é melhor pra você. Aí pra quem eu pude falar, eu falei: Olha, muda de roupa porque vão chegar os veteranos e vão jogar a gente na piscina. Se você quer ir com essa roupa, você vai. Mas muda! Pra quem eu pude avisar, eu falei. E aí começaram a soltar fogos de artifícios. O pessoal foi pra piscina e eu fiquei atrás de uma moita. E quando saíram, eu saí também. Foi de extrema violência. Porque a gente estava preso e não tinha como ir embora. Foi uma coisa que ninguém avisou, prenderam a gente. Quando eu tentei dormir um pouco, meia hora depois eles vieram: Acorda, calouro! E tinha uns que falavam de boca cheia: Olha, eu estou bêbado mas tenho plantão amanhã às 7 horas da manhã e você está aqui dormindo? Aí eu olhava assim... Quer saber? Eu não vou discutir. Aí eu levantava, ele saía do quarto e eu voltava pro quarto e ficava dormindo. Teve uma que até veio me chutar. Aí eu peguei na perna dela e falei: Você para com isso! Ela viu que eu não estava brincando. (...) Tinha muita gente que acabava fazendo tudo só para ser aceito, entendeu? Na recepção aqui... Bebe quem quer. Ninguém força beber, mas tinha assim uns idiotas que bebiam para parecer legal. Ficavam bêbados, vomitavam lá atrás, passavam a maior vergonha! O pessoal se sente assim: Eu tenho que fazer o que eles

estão mandando para eu ser aceito. Eu acho que isso é um exemplo de violência também. É mais subjetivo do que a pessoa te chutar, te jogar na piscina, não deixar você dormir, mas é violência também. Na festa mesmo, quando eu estava deitado, chegava alguém: Vamos te examinar. Aí começava a falar: Você tem isso, isso e aquilo. Brincando de médico. E o tratamento: Vamos botar ele pra cheirar lança. Aí colocavam num lenço pra gente cheirar. Aí eu falei: Não, pode ficar! Eu não quero! Mas se fosse outra pessoa poderia muito bem pegar e ter cheirado pra parecer legal. (...) O que chamou a atenção foi depois os alunos terem ficado calados sobre a festa. Assim, pelo que sei da história uma aluna acabou falando para a professora. E aí o pessoal caiu matando em cima dela! Ainda ficaram a favor daqueles que diziam para os professores: Não acontece isso na Faculdade. Eu acho que a questão ética do ano passado foi essa, dividiu a sala entre o pessoal que falou: Realmente aconteceu e está errado. E o pessoal que falava: Aconteceu, foi legal e quero que aconteça ano que vem com os meus calouros Dividiu mesmo. Para alguns, vira normal te pegar, te bater e te botar bêbado, entendeu?". (Aluno 2 do primeiro ano)

Experiência que o aluno 3 do segundo ano endossa e faz sua crítica:

"Em uma festa de recepção de calouros, uma menina quase morreu de hipotermia na piscina. (...) Os veteranos chegaram empurrando os calouros na piscina, e jogando querosene na piscina e ameaçando com tochas. Sim, eu estava na piscina. Isso é verdade. Se alguém tromba em uma tocha, pronto, mata os calouros que estavam na piscina. Aí, numa atividade de uma disciplina de humanidades, um dos veteranos citou essa festa num tom: Vocês não sabem o que estão perdendo: o melhor da Faculdade. Vocês devem aproveitar e deixar essas picuinhas de violência. Foi o estopim para os calouros meterem a boca. O pessoal, quando percebeu que estava batendo de frente com quem batia de frente também recuou. Foi uma discussão bem

produtiva. Não sei se mudou alguma coisa para eles, mas mostrou que não podiam chegar e falar assim: Calouro, faça! Porque os calouros não iam fazer. Foi um fogo cruzado e ninguém convenceu ninguém de nada. Ainda assim, foi importante por trazer a discussão” (Aluno 3 do segundo ano).

A impunidade, o medo de retaliação e mesmo o constrangimento explicariam a manutenção de tais comportamentos e o silêncio sobre os mesmos que os manteriam assim vivos e ativos, como podemos ver na próxima sequência de falas de alunos.

Sobre por que os alunos não brigam quando são injustiçados, uma aluna disse:

“Depende da situação. Se for uma situação em que a gente possa se sair prejudicada, a gente tende a engolir. Por exemplo, o professor dá uma prova horrível, você pensa assim: Vou reclamar e 'tomar pau' na segunda, e fazer a matéria de novo, ou vou dar um jeito de pegar a segunda prova no xérox e decorar? Todo mundo é meio malandro, não é? Você não vai entrar numa briga, sabendo que você 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”. (Aluna 8 do quarto)

Até mesmo por que dependendo da situação os alunos chegariam a ser ameaçados, como contou o aluno do quinto ano sobre um diálogo seu com um professor depois de uma reunião em que discutiram diferenças:

“Aí ele (o professor) chegou pra mim (esse eu tenho certeza que me odeia) e falou assim: Olha, acho muito legal ter um RD⁵³, é interessante, fazia tempo que a gente não tinha RD. Acho muito legal você falar as coisas na reunião, mas olha...! E bateu no muque: Cuidado, hein! E virou as costas e sei lá pra onde ele foi” (Aluno 10 do quinto ano).

⁵³ RD: Representante Discente, aluno eleito pelo conjunto de alunos para representá-los perante a Instituição.

Outro fator que contribuiria para a naturalização da violência seria a complacência do professor, sendo este a maior autoridade e o responsável pela ética nas relações, constitui ação afirmativa da própria violência. Exemplo que observamos. Na enfermaria da Clínica, uma residente se referia a uma professora (ausente na discussão) de forma desrespeitosa e agressiva. Tomada de raiva, passou a se referir a um residente (amigo dessa professora) de forma grotesca: “*Aquele aleijado!*”⁵⁴. O professor presente na cena interferiu sem muita autoridade e ela repetiu várias vezes essa expressão, desrespeitando inclusive o nosso Código de Ética Médica.

Na Cirurgia, o não reconhecimento do *outro* na sua integralidade associado ao endurecimento dos profissionais, a hierarquia rígida, a comunicação apenas unilateral e descendente, e o modelo biomédico, formam um meio de cultura para a violência, que nem sequer parece ser percebida como violência, tal a naturalidade com que ocorre entre as melhores intenções. O comportamento violento se expressa no trato aos alunos, nas brincadeiras, no modo de se referir e se dirigir a eles, no método de ensino baseado na pressão, no terror e no constrangimento. No modo de tratar os pacientes como coisa, mal lhes dirigindo a palavra, mas deliberadamente pondo as mãos em seus corpos como se fossem peças de experimentação e estudo.

Fato que observamos e que foi apontado por uma aluna em crítica que se estende à Clínica Geral:

“Pelo fato de ser um hospital-escola, às vezes, acho que o ensino fica mais importante que o paciente. Acho que não precisa ser assim, mas eu acho que algumas pessoas fazem isso com os pacientes. Existe o academicismo. O paciente com metástase chegou com um potássio alterado e aí internou o 'cara', fez a 'tomo'. O cara estava em estado terminal, entendeu? Ele estava morrendo! Não precisava. Fizeram contraste.

⁵⁴ Caderno de Campo, 20/9/07.

Por que alguém pensou em um diagnóstico e quis ir até o fim para descobrir... Assim, essas coisas de curiosidade científica eu acho que, às vezes estão acima do paciente. Às vezes, todo mundo tem certeza que o paciente tem um câncer, só não sabe do que, mas necessariamente tem que fazer uma biópsia. O paciente está morrendo, mas alguém resolve fazer uma biópsia para documentar o fato. Mais na Clínica. Porque acho que os clínicos têm esse espírito House (da série da TV). Os clínicos têm essa formação intelectual da fisiopatologia das coisas, que é uma marca deles, mas têm que tomar cuidado; às vezes, fica tão divertido que se esquece do paciente. Os cirurgiões têm um pouquinho mais de medo. É que a brincadeirinha deles parece mais invasiva e mais perigosa. Eu acho que a preocupação primordial devia ser o bem-estar do paciente. Fazer o diagnóstico e tratar, mas às vezes isso não é o mais importante, e o aluno tem que se encaixar nesse contexto, inclusive porque ele aprende essas coisas, aprende a ficar nessa masturbação intelectual e esquecer do paciente. Isso também se aprende”. (Aluna 12 do quinto ano).

A mesma aluna contou outro exemplo vivido na ginecologia:

“Outro exemplo, uma das coisas mais violentas que eu vi foi uma senhorinha na 'gineco' sendo examinada e o professor ensinando como fazer um exame de mamas. Ela tinha um nódulo de mama e tinha os peitos grandes, caídos. Ele pediu pra ela tirar o sutiã e começou a discutir: Não, porque essas mamas, tão flácidas e... descrevendo a mama dela, e ela morrendo de vergonha, tentando se cobrir. E ele: Não, não. Vamos continuar. A gente precisa ensinar. Aí depois: Posso palpar, dona Fulana? Ah, pode, né? Achando que aquilo era o preço... Por ela estar lá e se tratar tinha que pagar o preço de passar por aquilo. Eu queria ver se ele ia se sentir bem se alguém abaixasse as calças dele e começasse a descrever os seus genitais... É mais ou menos a mesma coisa. Será que ele ia achar esse preço justo?” (Aluna 12 do quinto ano).

Não obstante o que foi observado e narrado, o professor 4 de Cirurgia demonstra grande preocupação e sensível refinamento quando trata do assunto da violência na relação médico-paciente:

“É uma coisa que tem que tomar cuidado. Eu procuro sempre quando eu vou examinar uma pessoa dizer assim: Você me permite te examinar? Porque não pode chegar lá: Olha, vai tirando a roupa... A gente, como médico, sabe que isso faz parte do exame clínico, mas nem todo mundo sabe que é necessário! Existe uma série de piadas e críticas da sociedade sobre o exame médico, não tem aquela que fala: Vamos brincar de médico? Não é? Então, para nós é uma coisa, para o paciente outra, que pode ser tida como violência”.

Para a aluna do quarto ano, a resignação dos pacientes a tais comportamentos também seria uma das causas de tantos abusos, muito embora reconheça que eles estão do lado mais fraco da corda:

“O paciente que está doente está vulnerável, e por isso brigar pelos seus direitos é difícil. É a mesma coisa que a gente! E às vezes a atrocidade é tão grande, que eu penso: Como as pessoas podem ficar quietas com isso acontecendo? Meu Deus do céu! O médico trata mal, é ríspido, sabe que a pessoa não está entendendo, mas não explica nada. E o paciente não reage! É que eles estão numa posição vulnerável. É difícil entrar numa briga perdendo. Mas, às vezes precisa. Eu acho que o médico que não explica para o paciente, que não se certifica de que ele entendeu direito, que trata mal, que não está nem aí, é violentíssimo! A gente lida com a vida, não é? Eu acho horrível não respeitar o direito de outra pessoa, mas também é horrível não levantar a cabeça e brigar pelo seu direito. Eu acho que falta isso também. Eu acho que tem muito abuso porque não tem reação também, sabe? As pessoas são injustiçadas, você vê que

a pessoa foi maltratada ou foi mal atendida, mas ela fica resignada” (Aluna 8 do quarto ano).

É interessante notar que, no que tange à violência das relações, a aluna também coloca a si e a seus pares, como constituindo o lado mais fraco da corda, mas essa frágil identidade não é suficiente para que aí se dê uma aliança, uma melhor interação em busca de conjuntos similares de direitos.

VI. A humanização e o ensino de humanidades médicas

Difícilmente encontraremos alguém (médico ou paciente) que questione a importância da relação médico-paciente na prática clínica, entretanto dificilmente encontraremos alguém (médico ou paciente) que nela não localize problemas corrosivos na atual prática clínica. Por certo ponto de vista (Caprara e Franco, 2006) o problema consistiria no fato de que a prática assistencial, hoje, com a máxima redução das subjetividades pela engenharia organizacional dos serviços, estaria estruturada de tal forma que, na verdade, o que existiria é uma relação entre instituição médica e doença. Ainda que a organização e a gestão dos processos de trabalho sejam, sim, determinantes nas relações que se processam no interior das instituições, outros olhares (Schraiber, 2008, Ayres, 2004) identificam no cerne da questão aspectos interpessoais e relativos à natureza mais específica do encontro clínico e da prática médica.

Schraiber (2008) desenvolve a tese de que as transformações sociais do trabalho médico ao longo do século XX levaram ao que chama de “crise dos vínculos de confiança” nas interações de médicos e pacientes. Chama a atenção para um aspecto que nos interessa neste estudo, embora não o tenha tratado diretamente: grande parte da discussão hoje em termos críticos ao tecnicismo na medicina termina por aderir à ideia da ausência de um “humano”, como se fosse possível haver uma medicina sem nenhuma qualificação nesse sentido. A autora mostra, com o que concordamos, que na medicina sempre haverá ambas as qualificações: o técnico e o humano pois essas duas dimensões não são cindíveis e são consubstancias uma à outra.

O que se verifica contemporaneamente é um produto de época, sendo uma crise ou ruptura das interações. Como explica a autora, a articulação que se apresenta entre técnico e humano na prática médica contemporânea expressa ao mesmo tempo a

exacerbação do técnico e a redução do humano, e nesses movimentos, o agir tecnicista do profissional passa a representar a qualificação da prática. Como produto histórico correspondente à medicina da segunda metade do século XX, resta, assim, o técnico, recobrando toda a prática, como única qualificação do agir profissional, deslocando desta outros aspectos do humano que não a própria técnica em sua versão radicalmente tecnológica. O que se quer dizer é que, sendo a técnica, mesmo em seu paroxismo tecnicista, produto da ação humana, porta também a qualificação de humano. Porém, na forma em que se apresenta, atualmente, reduz essa qualificação às interações apenas com os recursos tecnológicos, excluindo outras modalidades de interações das relações interpessoal e intersubjetiva presentes na prática.

A dimensão relacional interpessoal e intersubjetiva sempre estaria presente devido aos imperativos da técnica que se dá necessariamente em um nível comunicacional, inclusive quando da realização de um procedimento, uma intervenção no corpo tido apenas na sua dimensão biológica, uma vez que no encontro inter-humano não há como subtrair todas as formas possíveis de comunicação. Sempre se comunica algo e a questão é justamente essa: o que se comunica, com que qualidade e propósito.

Apoiando-nos nessas concepções podemos avançar conceitualmente afirmando que, considerando-se que o humano corresponde a diversos aspectos presentes à prática – ao menos o recorte deste nosso estudo, a saber: a intersubjetividade, a não violência, a relação comunicativa dialogada, a reflexão crítica profissional ante o tecnológico –, a colonização do tecnicismo sobre os demais indica-nos uma prática humana pouco humanística. Note-se, nesse sentido, que não estamos superpondo os conceitos de técnica, tecnicismo e tecnologia, assim como os de humano e humanístico.

Outro aspecto fundamental que Schraiber (2008) desenvolve é no que se refere à natureza ética e moral do ato médico técnico. A ética envolve julgamento e escolha,

assim como a moral define valores (no caso da medicina, valores relativos ao bem viver dentro do que social e culturalmente se considera como saúde e vida) que entrarão em jogo no raciocínio técnico sobre cada situação clínica. Ainda que a técnica, pelo seu caráter científico, esteja fundamentada no que se apresenta como constante e comum a todos (o corpo biológico), sua realização deveria ser pautada pelo que se considera o melhor para cada indivíduo em dadas condições, ou a velha máxima da clínica: “cada caso é um caso”, que remete ao domínio crítico e reflexivo do profissional ante o caso, em ação técnica antes que tecnicista (em que a subjetividade do profissional, representada por essa reflexão crítica, encontra-se reduzida).

Nesse momento, instaura-se o que a autora chama de “o duplo ético em medicina” ou a técnica e o humano. Aqui também, o que se coloca em questão é: que valores estão em jogo e como se dão os julgamentos e as escolhas.

A crise de confiança, então, teria como uma de suas causas a perda da autoridade moral do médico junto ao paciente, em parte em razão do que lhe comunica com seus atos e palavras, em parte porque, nos tempos atuais, a descrença nas instituições retira dessa categoria (médicos) o crédito apriorístico de uma tradição. Hoje, até que se prove o contrário, cada paciente é um e cada médico também. O médico, ele próprio, terá que legitimar-se perante o paciente (veremos como), pois não bastaria mais os seus diplomas e as certificações de classe (ainda que pesem consideravelmente na sua avaliação geral) para lhe creditar valores necessários à sustentação da autoridade.

Ao encontro dessas reflexões queremos aproximar outras que nos parecem complementares a essa linha de pensamento. Dos anos 1980 para cá, irrompeu na área da Saúde o movimento agora chamado “Humanização”, que se iniciou com a reivindicação de direitos cidadãos e ações humanitárias, mas se desenvolveu no sentido do aprofundamento do estudo das causas e fatores de manutenção da violência

institucional na saúde que teria como uma de suas expressões, na medicina, o esgarçamento da relação médico-paciente. A partir desses estudos a humanização constitui-se, atualmente, em um campo de teorias e práticas bem fundamentadas, ainda que muitas vezes malvista devido à banalização do uso do termo principalmente entre aqueles que, pouco familiarizados às Ciências Humanas, desconhecem que, nesse campo do conhecimento, palavras “comuns” não se aplicam a definições com base no senso comum, mas implicam conceitos específicos da área das Humanidades.

Se quiséssemos definir humanização em um conceito-chave (correndo todos os riscos inevitáveis aos reducionismos de qualquer ordem, mas com o intuito de circunscrever o miolo palatável desse conceito) escolheríamos o princípio número um da cartilha da Política Nacional de Humanização do ano 2003, anterior às várias revisões e reformulações que sofreu desde então. O conceito-chave seria a:

“Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização” (HumanizaSUS, 2003).

Consideramos o realce às subjetividades o denominador comum que caracteriza a humanização nos principais nós críticos por ela definidos: a ambiência e o acolhimento, a cultura institucional, a gestão participativa e o cuidado. Em todas essas dimensões, a consideração às singularidades dos envolvidos nas práticas (profissionais e usuários) produz o surgimento das pessoas (no mais amplo sentido atribuído ao termo neste estudo) e da intersubjetividade como palco de processos ativos de compreensão e envolvimento nas ações de saúde.

Nesse sentido, a humanização poderia despontar como uma das estratégias para a reconstrução de vínculos de confiança, especialmente na dimensão do cuidado. Na linha de pensamento de Ayres (2006), o cuidado envolveria a entrada de outros valores

para o raciocínio clínico em combinação com os da biomedicina, valores referentes à noção de “felicidade” no campo da saúde. Segundo o autor, a noção de felicidade tem caráter singular e pessoal e, portanto, deve ser construída caso a caso, no encontro clínico, consistindo, basicamente, em se colocar a técnica a serviço do projeto de bem viver em questão: “(...) *o desafio central da humanização não pode ser equacionado como a necessidade de 'mais tecnociência', nem tampouco de 'menos tecnociência', mas como o interesse em um progressivo enriquecimento das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades*” (Ayres, 2006, p.54). Proposta que requer necessariamente a constituição de um campo de intersubjetividade do médico e seu paciente.

Como discutido em capítulos anteriores, a intersubjetividade, em termos psicológicos, é a situação em que sujeitos (dois ou mais) formam um campo comum de vivência simultânea de várias mentes, constituindo o que chamamos de “experiência intersubjetiva”. No que tange a discussão referente ao cuidado, a intersubjetividade interpessoal se processa pela palavra, pela interlocução, pela conversa. Situação em que duas ou mais pessoas usam a linguagem para a construção de um espaço potencial de compreensão, de atribuição de significados e sentidos, no qual é possível a comunicação de algo de si e do outro, e a elaboração de algo dos dois.

Com base nessas considerações, acreditamos que a conversa na relação médico-paciente é dispositivo essencial, mas não suficiente em si mesmo. Não é qualquer conversa que dá conta, não é “jogar conversa fora”, mas é fazer convergir valores significativos para consubstanciar a vida (a boa vida) e daí julgar e escolher os melhores caminhos para a saúde de modo compartilhado, dialogado, nesse campo de compreensão do paciente e seu médico. A conversa seria então recurso técnico para a

investigação diagnóstica, para a construção do vínculo de confiança (que devolve ao médico o lugar de autoridade moral), para a construção de um plano terapêutico pautado em valores, conhecimentos, responsabilidades e compromissos compartilhados.

No capítulo anterior, apresentamos vários recortes de observação e narrativas nas quais esses conceitos aparecem expressos nas práticas de alunos e professores. E vários outros em que, simplesmente, não existem. O universo de prática e ensino da escola em estudo, de fato, coloca aos alunos vários modelos e múltiplas escolhas quanto ao ser médico em construção. Cada um pode (e vai) escolher o que quiser e depois se haver com isso na sociedade. A sociedade que o julgue depois.

Embora essa temática nos pareça fundamental para a definição do médico que a escola quer formar, os dados empíricos mostram que ela ainda precisa amadurecer. Vejamos por quê.

De um modo geral, o termo “humanização”, salvo exceções, provoca reações negativas entre alunos, mas principalmente entre os professores. A resistência se sustentaria em um “não saber” sobre o assunto, e na crença de um “saber” composto de preconceitos.

Desta forma, alguns se sentem afrontados pelo termo “humanização” e partem para o ataque, em “legítima defesa”, como podemos ver na fala do professor no próximo parágrafo, para quem o médico seria uma vítima do sistema que o torna desumano, e vai contra a sua índole e vocação, como se o médico não tivesse participação nenhuma na situação, mesmo ao considerar que o problema teria como origem o poder econômico que cria a medicina humana para os ricos e a desumana para os pobres. Talvez porque, na cultura institucional da Cirurgia, tratar pessoas como objetos seja natural, neste caso, o médico seria percebido como um mero objeto do sistema:

“A medicina, ela não é desumana. Não dão ao médico o direito e as ferramentas necessárias para ele exercer a sua posição humana que é nata nele. A humanização da medicina, a necessidade da humanização da medicina surgiu muito mais pela deteriorização da relação médico-paciente do que por eventuais abusos anedóticos ou situações psicopatológicas que possam ocorrer no relacionamento médico-paciente. A busca da humanização é mais uma tradução de que a sociedade não está suportando esse mau relacionamento que, na verdade, foi o poder econômico que provocou na medicina. Então, existe uma medicina altamente humanizada, que é a medicina dos ricos, e existe uma medicina que é a medicina dos pobres, e sempre vai ter” (Professor 5 de Cirurgia).

Outra reação negativa comum é, por meio de discurso do tipo ideológico, criticar e desprezar:

“Eu não suporto modismo, viu? Agora está na hora de humanizar. Não existe isso. O cerne de tudo é o ser humano, e ponto final. O resto é em prol do ser humano: ferramenta, arma, técnica, cuidado, é para chegar lá” (Professora 4 de Clínica).

Ou acreditar conhecer o assunto (uma vez que a área de humanidades pareceria óbvia) e tecer críticas pouco fundamentadas como esta:

“Essa humanização... é como o termo de consentimento informado. É óbvio! Em minha opinião, é óbvio. Se um médico vai operar uma pessoa: Escuta, você está precisando operar porque está com esse probleminha; esse probleminha pode causar isso, isso e isso... Os melhores cirurgiões que já existiram, desde 1910, eles sempre fizeram isso. E hoje em dia a gente está nomeando coisas que deveriam ser automáticas, não sei... Humanização, eu acho que é muito vago, é muito amplo... O que é humanizar? É tratar bem as pessoas? É tratar as pessoas como você gostaria que te tratassem, não é?” (Professor 2 de Clínica).

Também no que se refere aos direitos dos pacientes e à ética, alguns médicos parecem sentir-se talvez um pouco insultados por uma suposta cobrança de algo que, sim, deveria fazer parte do comportamento de todos, mas não faz. Parecem sentir-se cobrados injustamente de um dever que exercem, ou julgados e condenados pelo mal que não cometeram, mas admitem que o mau uso da confiança e da palavra por outros médicos é fato:

“O consentimento informado, em minha opinião, é o seguinte: a palavra do médico hoje não vale nada, porque muitos médicos usaram mal a palavra, aquela confiança que a sociedade depositava no médico se perdeu, não é? Isso mundialmente!” (Professor 2 de Clínica).

Outro professor, ainda partindo do senso comum, professa seu limite de alcance ao tema e, mesmo assim, desdenha quem o estuda:

“Quando as pessoas falam que precisa ser um médico holístico, ou precisa ser um médico global, ou as pessoas precisam ser humanas, para mim isso é nada. É um pleonismo, um grito dizendo que as coisas estão indo para o lugar errado. É só isso que eu acho, é só um grito, um alerta, mas não precisa teorizar. Quer dizer, o médico precisa ser humano. É contrassenso o médico não ser humano: precisa ter ética nas suas atitudes... É tipo os dez mandamentos: não roube, não mate... É inerente à coisa. Os dez mandamentos não evitam nada. Você falar que precisa tratar bem o doente, você falar que o doente é uma pessoa e não um objeto, você falar que precisa conversar com o doente para saber dos problemas extramédicos, para mim é inerente, não precisa ter uma teoria em cima disso. É óbvio, as coisas não estão indo para esse lado, mas vamos rever o que a gente está fazendo. Ponto..” (Professor 1 de Clínica).

De forma mais simplista, vários alunos se comportam como os professores, não conhecem o tema, entendem à sua moda e, é claro, desprezam-no:

“Medicina é uma ciência. Acho que uma das poucas ciências (porque tem odontologia e enfermagem), mas que são biológicas humanas. É assim, biologia da saúde voltada para o ser humano, então são humanas. Você acaba estudando alguma coisa de humanas, muito pouco, poderia até ter um pouco mais, apesar de que todo mundo xinga já o pouco que tem. Mas eu acho que... A pergunta é como?” (Aluno 19 do sexto ano).

“É um conceito muito amplo. Eu acho que os conceitos só fazem sentido quando eles querem dizer alguma coisa. E humanização, para mim, quer dizer tantas coisas que acaba querendo dizer tudo e nada ao mesmo tempo, entendeu? Então, é como eu falei: é tão amplo que é nada. É tão tudo que é nada; pode ser qualquer coisa” (Aluna 7 do terceiro ano).

O termo causa incômodo, mas no exercício de pensar situações práticas percebe-se que a falta de conhecimento e reflexão sobre o tema acaba por reduzi-lo a algo como ter “boas maneiras”:

“É uma coisa que eu acho muito estranha porque... Se a medicina não é humanizada, o que que é no mundo? Discutem bastante sobre isso, mas também discutem bastante sobre, sei lá, o serviço público, que você tem que atender muito rápido e aí não dá tempo de ser humano. Mas eu acho que não existe isso, de não dar tempo de você ser humano. Talvez não dê tempo de você ficar ouvindo aquele paciente chorar. Então, eu acho que ser humanizado, por exemplo, no Pronto-Socorro, é quando uma pessoa chegar com dor no peito, e você ver que ela não tem nada, você não falar: Não tem nada. Vai embora pra casa. Acho que dá pra dizer: Tudo bem...E passar pra enfermeira. Não sei. Acho que dá pra ser humanizado. Talvez... Não sei se dá nos tempos atuais... E se não der pra ser humanizado, pelo menos educado eu tenho certeza que dá pra ser” (Aluna 5 do terceiro ano).

Interessante notar que alguns dos que, inicialmente, manifestaram desdém, durante suas próprias reflexões na entrevista, sem perceber talvez, acabaram se aproximando de algumas ideias presentes nos discursos da humanização:

“Esse discurso para a humanização foi obrigado a aparecer porque estava existindo um predomínio do papel da técnica, exame, tecnologia sobre o ser humano, e o médico virou um técnico: ele diz o que tem que fazer e o doente que resolva se quer ou se não quer. Como ocorreu isso, teve a contrarreação, que é a humanização” (Professora 4 de Clínica).

Mas há também os que, mesmo sem muito conhecer a respeito, se colocam de forma mais aberta ao tema e chegam a apontar para o sentido polissêmico que se dá aos termos que se confundem muito com o que se quer dizer com humano, humanístico ou humanização. O exemplo, a seguir, denota uma percepção de prática tecnicista, mas recusa a identificação de prática desumana, apontando para um lado também humano no tecnicismo.

“Tem médico que fala: Eu não gosto que falem em humanismo, em humanização, porque dá a impressão de que a gente dá um atendimento desumano. Não, a gente não dá um atendimento desumano, a gente dá um atendimento sem humanismo” (Professor 1 de Cirurgia).

As condições do trabalho na saúde (bastante enfatizadas na PNH) são lembradas e apontadas como fator limitante para a humanização do atendimento, ainda que o depoimento não faça distinção entre o humano e o humanístico:

“Não dá para humanizar, com uma medicina em que cada vez mais cada um tem que 'matar um leão por dia' para sobreviver, não dá pra humanizar. Porque o cara tem que primeiro garantir o sustento dele, então vai virando um autômato... Não dá pra

humanizar ninguém fazendo uma pessoa trabalhar só pra sobreviver. Não dá”
(Professora 3 de Clínica).

A falta de diretrizes de conduta ética explicitando valores que norteariam a ética dentro de uma cultura institucional estabelecida também é apontada como um problema que leva à falta de humanização nos serviços:

“O que é ética? Eis a questão. Quer dizer, ética é eu fazer a coisa certa. Agora, quem julga o que é certo e quem determina o que é certo é que varia. É questão filosófica. Eu não sei como colocar ética nos relacionamentos que existem com quase todos. O que não pode acontecer é essas relações prejudicarem, mas prejudicam. Não existe quem julgue, e se não há julgamento não há erro. Quer dizer, então é complicada a situação” (Professor 1 de Clínica).

O depoente é bastante enfático na definição de ética como uma pauta muito variável e flexível de valores. Lembremos que de fato há mudanças de normas, condutas e valores, mas ao longo da história de uma sociedade, em épocas determinadas, delimita por acordo social público o normativo vigente, com o que se definem direito, moral, crime e violência. Não há essa liberdade individual tão ampla. Contudo, há que se lembrar que diversos aspectos da vida cotidiana não estão contemplados nas leis, normas ou regulamentos que positivam seu conteúdo, seus impasses e soluções. E ainda é importante afirmar que na prática médica essas situações sem prévia normatização podem ser muito frequentes, pois nos deparamos com aspectos sempre íntimos e privados de pessoas, individualmente. É nesse momento que a reflexão crítica do profissional passa a ser um elemento-chave, assim como a prática constante de supervisão dos casos com profissionais mais experientes, alimentando a reflexão crítica, e também acordos entre pares da profissão e da instituição.

Quando não tão hostis ao tema, os alunos emitem opiniões muito consistentes. Talvez porque ainda em formação eles percebam que os princípios da humanização não são tão “naturais”, ou inerentes como acreditam alguns professores, mas principalmente culturais e dependentes de estruturas identitárias e organizacionais da sociedade. Há, inclusive, alunos que demonstram melhor compreensão sobre o tema que muitos professores:

“Eu acho que a medicina ainda pode ser muito mais humanizada. Acho que a organização do sistema seria uma maneira de você humanizar, de você separar os níveis de atendimento das pessoas para ser mais bem atendidas, terem o melhor atendimento onde devem ser atendidas, e para desafogar o serviço. E desafogando o serviço, você vai ter uma qualidade melhor de atendimento. Acho que esta seria a maneira mais organizacional. A outra maneira é através da educação, você educar médicos para não serem tão organicistas. Acho que tem esses dois lados” (Aluno 18 do sexto ano).

Mais próxima da ideia do cuidado, a empatia como forma de comunicação e compreensão do outro é bem lembrada pelos alunos quando se fala em humanização:

“Acho que humanização na medicina é você estar ao lado do paciente. Se colocar no lugar. Se você tiver empatia, você vai fazer uma medicina humanizada. Se você se colocar no lugar daquele paciente, não tem como a medicina não ser humana. Então, acho que para mim, a palavra é empatia. Se eu não tenho capacidade de me colocar no lugar dele, conseguir entender, pelo menos tentar imaginar o que aquela pessoa está passando, não tem humanização” (Aluna 17 do sexto ano).

“A humanização entra um pouco na individualização do paciente. É não vê-lo como um acidente que está ali. Alguém que vai passar por aquele sistema. Ele tem que ser visto como um ser humano, a humanização está aí, você tem que prestar os seus

serviços a outro ser humano. E isso requer que você o veja com identidade própria, e o resto é tudo meio consequência. Porque aí você cria a empatia, você cria o vínculo, e aí as coisas são mais humanas” (Aluno 15 do sexto ano).

A humanização como reação à violência institucional é apontada por um aluno:

“Humanizar é um termo interessante. Por exemplo, saiu um texto no editorial do nosso jornal que falava sobre humanizar. E falava em humanizar, tornar humano, no sentido de deixar de ser violento, na verdade esse era o mote. Então, no sentido da humanização, a relação construída na base da violência seria desconstruída. Por exemplo: um paciente a quem é imposto um tratamento, seria uma forma de violência. Humanizar seria tirar essa imposição ao paciente. O hospital que é agressivo aos olhos, por que é um negócio feio, e tal, se você vai lá e faz uma estética bonitinha, trata bem o paciente, o paciente se sente bem lá, você também humanizou a medicina de certo modo. Então, humanizar seria tirar o caráter violento, seja qual for a violência” (Aluno 10 do quinto ano).

Mas a violência estaria tão entranhada na nossa sociedade e, por conseguinte, na escola estudada que, segundo esse mesmo aluno, até em uma disciplina cujo nome e tema chama pela humanização haveria palco para a desumanização no ensino, tema de um editorial do mesmo jornal dos estudantes. Interessante notar que o aluno que escreve o editorial tem uma visão mais reflexiva e profunda sobre humanização que a médica (professora) responsável pelo curso em discussão:

“O nosso artigo falava de um dos cursos de humanidades; ele citava uma mesa de debate entre o Centro Acadêmico e o Centro Esportivo, sobre a violência nas entidades acadêmicas. O artigo falava assim: Humanidades não estão humanizando. Aí, no ano seguinte, a responsável pelo curso respondeu o texto falando que humanizar, segundo o Aurélio, era tornar humano. Então, era encaixar dentro do que define

humano. (...) Mas eu acho que tornar mais humano é acabar com as relações de violência. Eu acho que o grande lance é diminuir as relações hierárquicas. (...) As equipes multidisciplinares serem multidisciplinares, equipes mesmo. Dentro das enfermarias, a mesma coisa. Acho que isso é um passo para humanizar o negócio. O paciente também: não ser subalterno da equipe médica. Mudar o nome de equipe médica para equipe de saúde. Seria um avanço” (Aluno 10 do quinto ano).

No que se refere ao ensino, a controvérsia aparece, mas não se sustenta. A princípio diz respeito ao fato de que se a ideia prevalente de humanização se aplica ao comportamento humanitário do médico, tido como algo da “vocação”, não precisaria ensinar, posto que seria de nascença. Mas, no deslizamento do discurso do “dom” (mais presente entre os professores) para o dos valores e competências (mais presente entre os alunos), que envolveria aprendizado de conhecimentos, habilidades e atitudes, aparece a necessidade da formação humanística.

Esta professora vai ao ponto nevrálgico da humanização no ensino:

“Então, humanizar alunos sem humanizar os professores, que ficam nessa guerra de vaidades? É esse o exemplo que eles vão ter, então eles vão se espelhar nisso. E aí ele vê o cara que faz isso ter prestígio, ele acha que esse é o caminho mesmo. É muito complicado. Olha, eu sempre falo que a melhor maneira de ensinar é dando exemplos, aliás, a única maneira de ensinar é dando exemplos. E os exemplos têm que vir de cima. Não adianta nada querer que os alunos sejam humanizados se o professor deles chega lá e não cumprimenta ninguém, só falta o ego voar, que é o que acontece em algumas clínicas aqui. Então o exemplo que ele vai ter é esse, e quando ele for grande também não vai cumprimentar ninguém, não vai cumprimentar o faxineiro. Dane-se, ele vai cumprimentar só quem está acima. Apesar de que aqui cada um escolhe seus exemplos, e pode tirar coisa boa e coisa ruim. Eu sempre lembro de um

professor que me ensinou muito, mas em compensação humilhava os residentes. Então ele foi um exemplo para um monte de residentes, e para um monte de alunos. Foi um monte de gente atrás. Tudo bem que você pode filtrar o exemplo ruim e ficar só com a parte boa, mas às vezes, vai de uma maneira inconsciente, como uma mensagem subliminar que a pessoa nem filtra. Por isso, acho que humanizar a medicina começa humanizando os professores” (Professora 3 de Clínica).

Ao encontro da professora, este professor fala do uso do espaço didático para a autopromoção do professor como uma barreira narcísica ao ensino de humanidades:

“Não sei, mas se a gente não começar a discutir isso, e simplesmente fazer de conta que não interessa, nós vamos cada vez mais ensinar uma medicina em que o professor é um cara que vai sentar na frente e se promover. Em vez de tentar transmitir uma visão humanística, abrangente na medicina, ele vai transmitir que tecnologia de ponta é que tem valor, e dizer: Eu sou bom para fazer cirurgia bariátrica, ou qualquer bobagem dessa ordem. O aluno é um cara que vai ter contato durante seis anos com aquele ambiente, mas depois disso vai ter que continuar a caminhar sozinho. O caminhar sozinho vai significar que se ele não tiver espírito crítico suficiente, ele vai caminhar de uma forma cada vez mais errada e mais equivocada” (Professor 3 de Cirurgia).

A formação humanística seria importante, mas exigiria metodologia, pessoas e ambiente institucional ausentes na escola em estudo. Como narra o professor da Cirurgia que, enquanto aluno, teve uma experiência de ensino de humanidades que ele admira, mas não imagina reproduzi-la junto aos seus alunos:

“Durante o meu curso tive um treinamento com médicos psiquiatras desde o 2º ano. Era um grupo de estudo, que era como uma liga, não era do programa da Faculdade. Num determinado momento tinha uma parte também de Medicina Social,

que era feita num bairro. Ali tinha um grupo que se preocupava muito com a questão social da vida, questão emocional da vida, enfim, era um psiquiatra que coordenava todo esse programa e um médico de Medicina Preventiva. Então eu tive uma atividade paralela que era a discussão da questão emocional do doente com uma pessoa que era realmente muito boa. Quando eu cheguei a São Paulo, inicialmente eu fiz mestrado numa outra instituição. Então era muito discutida a relação pessoal, a relação com o doente, a relação com o consultório, a relação do sentimento, a relação destas coisas. Eu não sei ensinar isso para os alunos, e acho que eles não aprendem também. A gente vê aqui na Residência, são uns meninos ótimos, eles sabem as coisas, mas como é que o sujeito lida no dia a dia? Ele lida com o jeito que ele é, desde antes de ser médico, como ele veio. Isso não foi trabalhado nele durante o curso. Então ele vai meio do jeito dele, usa as armas que tem; ele é mais simpático, menos não sei o quê... Mas esse ensino que eu estou te falando, não é uma coisa de aula, é uma coisa meio que de um treinamento continuado. Eu não saberia dizer como colocar tantos alunos por ano num esquema desse, sabe. Não sei. Porque você precisa trabalhar individualmente, você precisa trabalhar assim: Vamos ver como você atendeu esse doente, quais aspectos você abordou. Não dá para chegar, botar todo mundo numa sala e dar uma aula disso. Não dá para ser uma vez ou duas porque esses conceitos são um pouco abstratos e demora tempo. Isso é como fazer análise, não vem assim de repente. Então eu não saberia dizer como poderia ser feito, a não ser em grupos pequenos e de forma continuada. (...) O segundo problema que eu acho que tem, é que o interesse para aprender isso não vai ser grande. Você vai lidar com uma percentagem de 10, 20% no máximo” (Professor 2 de Cirurgia).

Por que seria tão pouco interessante para a maioria das pessoas:

“Eu vou dizer o que eu acho. A estrutura que ensina isso não está preparada. E o número de profissionais que trabalham com isso é pequeno, como também o número de profissionais preparados. E o aluno acha que é mais uma 'enchecção' no curso. As pessoas que me levaram para isso me captaram pela qualidade profissional e pelo jeito de ensinar, eles eram muito hábeis. Os dois eram clínicos, mas com uma formação psiquiátrica forte. Mas o que eles faziam no consultório? Eles eram psiquiatras? Não. Eles eram clínicos. Deveria haver clínicos capazes para isso. O cirurgião que vai alterar a imagem do indivíduo, vai fazer uma cicatriz, vai mudar a vida da pessoa, vai tirar um pedaço de um órgão. Quer dizer, tem um comprometimento emocional nisso tudo. Tem que ser colocado o que vai acontecer com ele, qual é a imagem corporal que ele vai ter, se ele vai usar uma sonda, se ele vai conseguir sentar-se à mesa em casa com os outros, ou não, se ele vai conseguir ir ao banheiro direito e urinar. São coisas do dia a dia que mexem na vida do indivíduo. Hoje, essa questão tem que ser apresentada, não sei se principalmente, mas muito por médicos não psiquiatras, com uma formação acoplada a esta área. Não é fácil formar esse profissional. É muito difícil para o cirurgião entender que o paciente não é um chato, mas sim um cara difícil e que falar com ele toma tempo, mas precisa conversar. Conversar com o doente toma tempo, não dá para ir lá e dizer: Ah, tem pedra na vesícula. Vamos lá, precisa operar! Tirar isso aí senão vai virar câncer. É isso o que falam para o 'cara', entendeu? Nessa vida a gente não quer ser operado. A gente vê o paciente assustado, todo mundo fica assustado com uma operação. E tem a questão do medo da anestesia. Não estou falando do medo da anestesia em si, a anestesia é simples. Medo por quê? Porque é o único momento da sua vida em que você vai dormir e vai entregar o controle da sua vida para outro 'cara'. Essas coisas todas, que não são sequer faladas ou discutidas hoje com o residente de cirurgia. Então é um negócio difícil. Aí você vê lá todo sujeito

que faz cirurgia cardíaca e tem depressão depois: Ah, é porque ele entra em extracorpórea. Não é não. Não é porque ele entra em extracorpórea, é um negócio bem mais complicado. O cara entra para fazer o cateterismo sai operado na ponta da máquina trilha. Você entra aí para fazer um exame e já chama o cirurgião... Na verdade você já sai operado tomando um monte de remédios. É assim que funciona. Mas você vai encontrar uns 15 ou 20 % de professores que vão ouvir você. Os outros vão achar que é bobagem. O cara não acredita; se você pegar os médicos aqui, eles não acreditam. Então esta é a maior dificuldade, quem vai trabalhar o aluno; quem é a massa crítica que vai fazer isso?” (Professor 2 de Cirurgia).

Sobre ser ele, como professor titular, quem poderia investir nesse ensino:

“Eu não sei se hoje eu tenho tempo para fazer um negócio desses. Eu sou um sujeito cercado por todos os lados. Mas eu faria, até por razões pessoais. Mas se você pegar a maioria dos cirurgiões da minha faixa aqui, eles não vão querer. Tem uma saída: fazer um programa com os mais jovens (que significa 40, 50 anos). Acho que tem que ser feito um trabalho com os residentes; o residente é um sujeito que passa muito para o interno” (Professor 2 de Cirurgia).

Também na opinião deste professor da Clínica, o ensino de humanidades estaria desacreditado por falta de pessoas capacitadas:

“Tudo que foi tentado até agora ficou na mediocridade. Eu tenho uma visão do porquê. Primeiro, nem todo mundo que dá aula gosta de fazer isso. É como o recém-nascido que detecta atitudes, e não falas. Se você dá aulas e não gosta das aulas, o aluno reconhece e acabou. Ou quando você fala de algo sem ter experiência. O aluno também detecta isso. O problema está em formar os professores. A partir do momento em que você tem pessoas com vontade e com disponibilidade, nós vamos fazer virar competência, transformar esses professores em competentes. E isso se ensina, tem a

coisa inata, mas se ensina. E se ensinando, eu acho que você vai conseguir transmitir isso. Então tem jeito, eu acho que tem jeito, só que é muito mais difícil formar professores do que mudar uma grade. Eu fui chamado agora justamente para isso, para escolher os professores para o próximo curso. E a discussão é: nós vamos escolher os mais competentes que estejam dispostos e disponíveis. Não é fácil, mas essa é a ideia. A gente passou de um curso que era o mais odiado da Faculdade para, há 3 anos atrás, o eleito como melhor curso da Faculdade pelos alunos. Então, quer dizer, dá para mudar as coisas. Mas aí como eu falo, tem que ter vontade, tem que ter proposta, e mesmo assim não basta. Vontade e proposta todo mundo tem o tempo todo, porque todo mundo é inteligente aqui na Faculdade. Mas tem que ter suor e tem que ter apoio político. Se você tiver estas coisas, você muda qualquer coisa. E geralmente não é uma única pessoa que tem a organização, a criatividade, o suor e o poder político, mas você consegue fazer equipes disso. Este é o segredo: Você não precisa ser o superhomem, mas você tem que ter a super equipe. O segredo é juntar as pessoas certas para a coisa certa” (Professor 1 de Clínica).

Um exemplo elucidativo da atuação desastrosa de um professor de uma disciplina de humanidades sem capacidade para tal, ao lado de uma experiência boa devido justamente ao contrário, um professor competente, aparece na narrativa desta aluna:

“A minha discussão em pequeno grupo era com um professor da Psiquiatria que também era do Centro Esportivo. Era assim, nada a ver com o que tinha sido colocado na conferência antes da discussão em grupo. Ele ficava julgando as pessoas: Ah, não, você é um 'cara' que tem uma atitude de confrontação. Você já percebeu isso? Analisando a gente, entre aspas. Foi horrível! Foi horrível! Ele ficava defendendo o trote, e todas essas coisas; e ficava falando da vida dele. Ele ficava falando e a gente

não discutia nada. E quando a gente começava uma discussão, ele colocava assim: Poxa, mas você é assim, né? E aí, a gente via que o curso era muito professor dependente, não tinha uma formação dos professores para dar o curso. O melhor curso que eu tive das Humanidades foi Psicologia Médica. Pelo menos, assim, eu sei que também foi professor dependente, mas o meu professor era muito bom, discutia... Nossa, ele era muito bom. Foi a primeira vez que acho que todo mundo discutiu junto, mesmo, a relação médico-paciente. Teve um dia, até, que um menino levantou um problema dele com uma paciente da liga que não estava tendo aderência ao tratamento, e a gente foi discutindo cada postura dele e da paciente até chegar a uma conclusão de como fazer. Não lembro de todos os detalhes, mas foi muito bom; muito lega.” (Aluna 7 do terceiro ano).

Há também alunos com muita dificuldade em perceber a importância desse ensino e suas próprias fragilidades em relação ao assunto que por vezes, ingenuamente, acreditam dominar:

“A relação médico-paciente... Você fica meses discutindo isso nas disciplinas da humanização, para quê? Gente, a relação médico-paciente é humana. Se você não souber se relacionar com o ser humano, filha, você está no lugar errado! Aí às vezes eu acho que se perde tempo, e eu sou muito prática, acho que às vezes ficam floreando... Mas é que pra mim isso é meio natural, sabe? Eu costumo explicar as coisas muito bem. Nunca eu vou chegar na pessoa e fazer uma coisa sem falar pra ela o que eu estou fazendo, porque se fizessem isso comigo... (...) Olha, eu acho importante ser prático. Eu acho que a gente vive num mundo real, sabe? O SUS não tem dinheiro pra pagar pra todo mundo. Ah, então você tem que ser prático, você tem que avaliar as coisas e fazer tudo objetivamente. Você não pode ficar perdendo tempo e dinheiro. O dinheiro não é

seu, o dinheiro é do povo que está passando fome e está precisando de ajuda” (Aluna 8 do quarto ano).

Como em relação à humanização, no ensino de humanidades, o preconceito em relação ao que desconhecem, acrescido ao, não raro, mau desempenho de tais disciplinas e ainda aos modelos arraigados no tecnicismo e, justamente por isso, valorados, apresenta-se em falas como esta:

“As aulas de humanismo são mal aproveitadas, não só pelo curso, mas por causa da gente também. Porque sempre tem alguém falando: Olha, aquela aula é 'um saco'! Aí, você já vai assim: Ai, o que eu estou fazendo aqui? Aí, na hora de discutir, você não quer discutir nada. Por isso, acho que a gente tem culpa também. A gente vem muito na defensiva pra qualquer aula dessas. E falam umas coisas importantes. Se você para pra pensar é importante. E não é ruim falar! Não é! Eu falava. Nossa, tinha uma, eu não sei qual era. Nossa! Eu tentei abraçar o curso, porque do jeito que eu estava levando esses cursos...” (Aluna 8 do quarto ano).

O preconceito em relação às humanidades fica claro quando “de repente” os alunos descobrem o gosto por tais assuntos levantados em uma aula do professor de cirurgia, rico, famoso e poderoso:

“Eu acho que desperta interesse. Gente que tem alguma sensibilidade escondida em algum lugar, lá no fundo, nessa hora percebe que isso vai ter que ser 'soltado' (sic) em algum momento, nem que seja por você querer ser um bom médico e ficar multimilionário como ele, sabe? Se isso for ajudar o paciente... Não importa que se esteja pensando só na fama e no dinheiro; se isso for ajudar o paciente, eu concordo que se faça isso” (Aluna 8 do quarto ano).

Sobre como deveria ser o ensino de humanidades, professores e alunos aproximam opiniões:

“Eu acho que seria bom desde cedo começar a cultivar o contato com as humanidades. O sujeito ter contato com sociologia, antropologia... quer dizer, essas partes das humanidades que eu acho que, fundamentalmente, são importantes para o médico. O problema é inserir isso dentro do currículo, vira motivo de chacota. Para que estou aprendendo antropologia? Porque ele acha que é um absurdo. Ele quer saber qual o nome do forame tal. Que na hora que o aluno entra na Faculdade, ele acabou de sair do vestibular, ele não sabe nada, mas lhe é cobrado uma postura técnica de médico. Aí vai ter antropologia? Ele fica desesperado! Aí vem a enfermeira (quinze anos de enfermeira) que sabe como fazer um curativo, que está fazendo medicina não sabe! Eu acho que é um dilema para ele! Acho até que eles aproveitariam mais essas matérias de humanidade no final do curso. Apesar de que eu acho que para eles aproveitarem o curso, também seria bom que eles tivessem no começo, mas parece que só vão se conscientizar desse valor no final, porque no começo eles estão querendo ser técnicos em medicina” (Professor 4 de Cirurgia).

“Acho que falta um pouco de Filosofia, mais de Psicologia. Mas se for pra dar uma matéria blá blá blá, melhor nem ter. Eu acho que a gente aprendeu um pouco mais na prática. No entanto, acho que isso não se justifica. Uma outra forma de humanizar, seria pôr matérias relacionadas a isso, além das que já tem, ou melhorando as que tem. Talvez professores melhores. Mesmo porque os psicólogos não são médicos, então eles enfrentam situações completamente diferentes... O pessoal da Psicologia Médica falava em cima de exemplos arbitrários. A gente acabou aprendendo psicologia médica na prática, em outras disciplinas. É errado ter aula de psicologia médica? Não. É fundamental, mas não da forma como o curso se apresentou. Eu acho que precisa humanizar, precisa sim, todo mundo precisa lembrar que é humano, que tem defeito, que tem limite. Se bem que humanizar não é: Ah eu sou humano. Mas saber que é

humano e como o humano se comporta. Precisa? Precisa humanizar mai.” (Aluno 16 do sexto ano).

“O problema é a forma de trabalhar os temas. Assim, tudo o que a gente escuta é o grande jargão trabalhar o paciente como um ser biopsicossocial. É isso que você escuta todos os semestres. Mas o que é isso realmente? Não é discutido. Finge que se discute: joga para a gente fazer umas redações, joga para fazer uns debates em rodas. Acaba sendo pejorativo. Um ser biopsicossocial... Se você pega os vinte melhores alunos de 6º ano, vira um tema pejorativo. A gente usa isso mais como jargão do que realmente como proposta. Então, eu acho que é legal que exista essa preocupação, mas, na prática, ainda tem que se trabalhar muito. Uma que não funciona muito bem, mas é a melhor delas são as aulas de Bioética no internato, que é trazer sua vivência de estágio e discuti-la. Isso é uma coisa muito mais próxima. E aí, você leva os problemas para discutir ali. Então, em cada estágio você vai necessariamente a uma reunião por mês, discutir algum problema que você teve naquele estágio específico, ou com alguém envolvido na área” (Aluno 15 do sexto ano).

“Eu acho que há uma grande tentativa na Faculdade de ensinar as humanidades, mas acho que é muito frouxo. Você vê todo semestre, praticamente, a gente tem as disciplinas humanísticas, mas não são bem estruturadas, elas são muito malvistas pelos alunos; eles já vão com uma série de preconceitos, e tudo o mais. E aí, ele encontra uma disciplina que não é bem estabelecida, que não cumpre o seu propósito. O resultado deixa a desejar. Mas eu acho que existe essa tendência, essa preocupação na Faculdade. E mesmo a postura dos preceptores frente a isso... Isso varia de estágio para estágio: tem estágio que é menos, tem estágio que é mais. Mas você percebe uma postura dos responsáveis para que haja esse compromisso ético, esse compromisso com o paciente” (Aluno 15 do sexto ano).

Ou seja, professores e alunos concordam que o ensino de humanidades médicas é necessário para a formação médica. Deve-se apoiar em disciplinas da área bem fundamentadas e com professores preparados, mas deve predominantemente fazer parte do ensino da prática médica. Tal aprendizado já ocorreria em algumas disciplinas durante a graduação, mas de forma independente de uma proposta sistêmica e articulada entre as disciplinas todas do conjunto curricular, proposta esta que de fato ainda não foi implementada.

Outros exemplos de aprendizado de humanidades na prática trazidos pelos alunos reforçam as elaborações conjuntas de alunos, professores e pesquisadores, neste estudo:

“A gente discutiu até que ponto vai a terminalidade da vida. Mas quando você joga para a discussão da Bioética o caso que você vivenciou, que você teve que decidir é diferente; você cresce mais. Isso aconteceu com a gente, era um paciente que a gente tinha acompanhado no PS. Você não vai mais discutir uma questão filosófica... Não que não seja importante, claro que é; você tem que ter essa base filosófica. Mas é mais interessante dar essa base junto com a prática” (Aluno 15 do sexto ano).

“Na pediatria eu acho que a gente aprende um pouco melhor. Porque como existem especificidades muito grandes da criança, eles poderiam deixar por conta do nosso bom senso, mas eles ensinam algumas coisas: como não tratar a criança como idiota, como abordar a mãe, postura durante a consulta, falar com a criança e não só com a mãe; trazer a criança pra consulta. Acho que várias dessas coisinhas são tecnologias da pediatria que eles ensinam. E é bom porque a gente faz muitas coisas no bom senso, e bom senso todo mundo acha que tem o suficiente, mas sei lá... Então foi importante aprender como fazer. Tem uns diagnósticos de pediatria que você não faz sem interagir com a criança, por exemplo, por achar que ela é muito novinha pra falar,

e conversar só com a mãe. Você pode deixar passar um monte de coisas” (Aluna 12 do quinto ano).

“Eu tive uma experiência muito boa, porque os residentes que estavam com a gente faziam questão de que todos os pacientes que estivessem internados soubessem o diagnóstico, o prognóstico, e a família também. Então geralmente eles davam a notícia quando tinha mais alguém da família junto. Teve um paciente que a família não queria deixar que ele soubesse o diagnóstico e os caras acharam que ele tinha o direito de saber. Eles colocaram a família inteira, todo mundo junto e conversaram. Os caras eram bons. Antes da conversa, eles sentaram com a gente e falaram: Olha, é isso, isso e isso. A gente precisa conversar com ele e a gente quer que você vá conversar junto porque é um negócio que você precisa saber fazer e não é legal que você padeça a primeira vez fora daqui. E aí a gente foi lá e conversou junto. A gente explicou o que o paciente tinha e aí ele ficou bem mal. Mas você via que embora tenha ficado mal, foi um alívio saber o que tinha; você via na cara do sujeito que a agonia dele era não saber que diabos ele tinha. Ele tinha um negócio que ele tinha noção que estava matando, e não sabia o que era, aí de repente soube. Claro que depois ele ficou mal, mas enfim, ele queria saber do prognóstico e a gente contou, foi uma choradeira, a família estava junto. Aí depois a gente saiu, deixou ele lá com família. No dia seguinte eu fui falar com ele e ele me agradeceu de ter conversado. Foi bacana, foi bonito. Foi interessante” (Aluno 10 do quinto ano).

Apesar das muitas experiências aqui relatadas pelos alunos no tocante ao aprendizado de, senão técnicas propriamente ditas, pelo menos, posturas comunicacionais ao lado de professores e residentes em ação, é interessante que para certos alunos não se aprende a “escuta” e a “conversa”. Acham que é inato, que pode até

melhorar um pouco com o ensino, mas na verdade são bastante descrentes quanto a isso e não pensam que as pessoas mudam com a experiência e o aprendizado.

Esta aluna diz que aprendeu a conversar com o paciente na Faculdade, mas por conta própria:

“Aprendi, não porque alguém talvez tenha chegado e ensinado, mas porque eu gosto disso. Como eu te falei, da predisposição que a pessoa tem que ter. Se você não gosta de conversar com paciente, você vai virar radiologista, você vai virar patologista. Mesmo que alguém queira te ensinar, você não quer aprender. Agora, quando você é uma pessoa predisposta a isso e gosta, você vai juntando cada pequena coisinha para aprender alguma coisa maior. Então, como eu gosto, eu acho que acabei aprendendo, talvez subliminarmente... Sabe, eu acho o que todo mundo acha: as disciplinas de humanas são inúteis. São inúteis por causa da forma como são dadas. (...) Eu acho que minha visão humana vem de gostar do tema. Aprendi a propedêutica, aprendi anamnese, porque é importante saber isso, mas também aprendi a ter contato com paciente, a gostar do paciente e querer vê-lo de volta” (Aluna 17 do sexto ano).

Há os que pensam diferentemente, e localizam seu aprendizado na relação do professor com o aluno (não só deles com o paciente):

“Acho que se aprende comunicação. Não se ensina objetivamente, mas você aprende pela observação e pela escuta você aprende a escutar. Às vezes, você vê alguns professores em propedêutica. Às vezes, o professor fica do teu lado e vê. Aí você termina e vai discutir o caso e ele viu a sua forma de se posicionar e a do paciente, como ele reagiu com a tua pergunta. E aí ele te ensina” (Aluno 19 do sexto ano).

“A gente aprende a conversar nas aulas de prática, daí eu acho que o curso de Clínica do quarto ano é bom por causa disso. Você tinha tempo e conseguia conversar com o paciente, por exemplo. Com o tempo eu aprendi... Na verdade eu acho que eu

aprendi a ouvir mais. Conversar, não sei, eu sempre conversei bastante, mas acho que eu aprendi a ouvir um pouquinho mais. Eu não ouvia tanto. Eu aprendi vendo. Às vezes, eu fazia pergunta atrás de pergunta, o paciente ia respondendo, ótimo. E, às vezes, via que se desse mais tempo, um pouquinho mais de tempo para ele falar um pouco mais e escutar podia pegar umas coisas que ficaram nas entrelinhas, ou que não conseguia tirar dele. E isso eu vi uma professora fazendo. Eram umas perguntas às vezes um pouco mais abertas e ela tirava um pouco mais de coisa do que o paciente falava. Ela sempre acabava tirando alguma coisa a mais do que o paciente tinha falado para mim. Então ela conversou comigo, ela me mostrou o fato...” (Aluno 18 do sexto ano).

“Aos poucos, quando você vai tendo contato com os outros médicos, se você for atento você percebe que eles vão se esgueirando, vão se moldando ao paciente. E assim, parece que eles se moldam a cada paciente, eles mudam um pouquinho. E aí conseguem ser o melhor possível para cada paciente. Eu acho que isso eu aprendi. Também você não pode ser a mesma coisa para todo mundo, sabe? Se todo mundo é diferente, então a sua comunicação vai ter que ser diferente, seu tratamento vai ter que ser diferente para cada um. Então, eu fui percebendo. Quando você acompanha o mesmo médico com vários pacientes. Você tem aula, sei lá, de propedêutica, que é um professor só, você percebe que ele tira a história de um de um jeito, de outro de outro, de outro de outro...” (Aluna 8 do quarto ano).

Ao encontro dos colegas, esta aluna emite opinião semelhante:

“Eu acho que bons exemplos humanizam. Eu acho que deveria ser selecionado um professor de propedêutica melhor, a seleção deveria ser mais bem feita. (...) Eu avalio o professor olhando ele com o paciente, não é nem ele com a gente, porque... Sei lá, eu acho meio estranho, mas ele até pode ser meio ruim com a gente e ser bom com o paciente, mas assim, eu avalio olhando o jeito como que ele passa as orientações ao

paciente, porque se for aquele cara que só pega a receita e entrega, aí não sei. Às vezes, ele não sabe nem se o paciente sabe ler direito... Eu acho que é uma coisa importante o jeito com que ele passa as condutas e o jeito como ele conduz a consulta” (Aluna 5 do terceiro ano).

Ampliando a discussão sobre o ensino de humanidades, alguns entrevistados se pronunciaram sobre o que poderia ser feito para tornar a prática e o ensino médico mais humanizados. Reiterando a importância dos professores nesse processo, mas acrescentando a necessidade de diretrizes educacionais de caráter coletivo e institucional, este aluno disse que, para ele:

“No ensino, a gente deveria ter mais e melhores cursos de atenção primária. Uma coisa que eu acho que faz muita diferença são os professores que dão as aulas práticas. As práticas de tudo: de semiologia, de propedêutica cirúrgica. Porque depende muito do professor. Eu peguei professores muito bons, não só do ponto de vista técnico, de ensinar a teoria do abdômen agudo, mas também de falar com o paciente. Tipo o professor de propedêutica cirúrgica: ele discutiu com a gente como dar uma notícia ruim para o paciente, e ele deu uma notícia ruim para o paciente na nossa frente, entendeu? Não foi até o final – sorte dele, porque realmente não era câncer – mas ele falou de como ir falando o que a pessoa quer saber. E ele fez isso na nossa frente, sabe? E eu acho que é uma coisa que me marcou; eu vou lembrar desse momento para sempre. Outra coisa... Por exemplo, sobre a autonomia do paciente, acho que é uma coisa que caberia bem na aula prática das diversas disciplinas, e que precisaria de uma formação dos professores para isso. Porque é muito desigual: tem professores muito bons, nesse ponto de vista, e muito ruins. Porque é meio que assim: Ah, é a minha opinião? Então vou dar a minha opinião. Não tem uma coisa assim: Ó, a Faculdade de Medicina quer que os alunos aprendam isso. Fora a técnica, cada

professor fala assim: Ó, eu acho que ser médico é isso, ser médico é aquilo e aquilo outro. E cada médico vai dar a sua opinião. Lógico que você não vai fugir disso, mas tem algumas coisas, os conceitos básicos, que deveriam ser passados não como uma opinião, entendeu? Eu acho isso” (Aluna 7 do terceiro ano).

Enfim, por entre consensos e dissensos, o efeito das humanidades sobre a modelagem da identidade profissional aconteceria de forma silenciosa, às vezes sendo percebida como surpreendente, como na fala deste aluno:

“Mas voltando um pouco para a parte de como me vejo como estudante de medicina. Muitas pessoas acham que no começo da Faculdade você fica meio arrogante, mas acho que a Faculdade está tentando e de algum modo está conseguindo, não sei se para todos os estudantes, introduzir essas bases humanistas, que a gente brinca e fala que são bases humorísticas e que nunca servem para nada. Mas você acaba refletindo de uma maneira ou de outra o motivo de você ser médico, o porquê você quis isso. Depois de te perguntarem vinte vezes por que você quis estudar medicina, por que isso e aquilo, você acaba refletindo e vendo que... Você acaba parando um pouco de ser arrogante, vendo que você não é tudo aquilo que você acha que é por que tua mãe te contou que você é” (Aluno 19 do sexto ano).

Retomando as premissas iniciais em que discutimos a importância dessa temática frente às necessidades sociais de saúde que se colocam para a medicina nos tempos atuais e ao insuficiente preparo dos médicos para atender a tais demandas, ao mesmo tempo reconhecidas e rechaçadas, encontramos, no nosso material empírico, atos e falas que confirmam as aproximações, os contrastes, e os paroxismos que o tema suscita.

Tanto a humanização quanto as humanidades médicas ainda não se firmaram na escola médica pesquisada como campo do conhecimento com objeto, conteúdos e

métodos que convém, sendo percebido dentro do senso comum e, talvez por isso, considerado com saberes menos confiáveis e válidos que os conhecimentos médicos científicos. O trabalho de construção da legitimidade dessa área dentro da escola médica é tarefa a se cumprir. No campo da Saúde de modo geral, está em franca constituição.

Como decorrência, as pessoas não reconhecem em seus próprios discursos os depoimentos que endossam as ideias e propostas da humanização e humanidades médicas, e paradoxalmente desqualificam aquilo que de outro modo defendem. Essa seria uma das razões da forte resistência que se ergue contra a área na prática e ensino médico.

Mas há também as desrazões...

O termo humanização causaria mais que resistências intelectuais (para as quais bastariam os motivos racionais apresentados), verdadeiras ojerizas viscerais que nos fazem suspeitar da existência de motivos mais “intimistas” ou individualistas.

A palavra “humanização” (como ato ou efeito de tornar humano) é agressiva, pois carrega em si uma séria acusação, principalmente para uma profissão como a medicina, cujas origens sagradas fazem parte da nossa cultura, assim como sua sombra maligna. Médicos e monstros habitam o imaginário de todos nós. Portanto, com uma sombra dessas, a acusação subliminar realmente soa grave. E se fosse só uma acusação fantasiosa não causaria tanta comoção, mas ligada à impressão que se tem hoje da biomedicina como uma prática (na sua sombra) destituída de alma, que na busca do combate aos males, não se furta a agredir, ferir, maltratar, enfim provocar sofrimento se necessário for, encontra-se o ponto de ancoragem da fantasia na realidade. Talvez por isso, de um modo geral, a primeira reação dos médicos seja se sentirem incomodados (inconscientemente acusados), e se defender, ou hostilizar.

A palavra “humanização” também seria incômoda porque colocaria o dedo em uma ferida narcísica do médico, a crença (não assumida conscientemente, mas miticamente sentida) na sua superioridade como ser humano em confronto com o enfraquecimento moral da sua imagem pública. Haveria, assim, certo ressentimento em relação ao não reconhecimento das qualidades humanas que os médicos teriam e exerceriam com a boa prática da medicina, desde os tempos imemoriais até a atualidade.

Por outro lado, da perspectiva cultural, embora muitos apontem a necessidade de diretrizes éticas institucionais mais claras, paradoxalmente, seu discurso e seus relatos de atitudes ou práticas realizadas denotam o grande valor que se dá ao individualismo, à liberdade plena de cada qual sem se perguntar em que coletivo se insere ou faz parte. Isto reforça a cultura narcísica que apontamos, e é por ela reforçado, sem que os sujeitos percebam o contraditório de suas falas nesse sentido.

E finalmente, cabe ponderar também o fato de que a humanização não surgiu exatamente como um movimento de médicos, mas de vários profissionais da saúde, e médicos também, além de usuários, que, inclusive, tinham como alvo de crítica ao sistema de saúde, o predomínio do discurso médico e seu poder. Até hoje, as atividades relacionadas à humanização, na grande maioria dos serviços, estão associadas a muitos ramos profissionais da saúde. Nota-se, contudo, maior resistência do tema entre os médicos. Levando em conta que, historicamente, foram e ainda são os médicos a categoria hegemônica nas práticas de saúde e a que formula os modelos de atenção vigentes, não nos surpreende que os médicos se sintam os mais ameaçados pelo movimento da humanização e, defensivamente, mantenham-se mais distantes de suas propostas. De outro lado, também se pode detectar que o grande envolvimento de outros ramos profissionais na discussão, e que, ademais, repercute no ato do médico

diretamente, pode ser visto como uma ingerência de quem não é médico sobre o ser médico.

VII. Considerações finais

O longo caminho que se inicia no momento em que entramos na faculdade de medicina, e termina no diploma que nos autoriza para a profissão, é feito de imersão no conhecimento médico acumulado, e, essencialmente, de muita observação e 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. O atendimento aos pacientes e as discussões de casos clínicos são espaços essenciais para o desenvolvimento de competências biomédica e ético-relacional, integrando teoria e prática.

Mais do que a aquisição de conteúdos, o aluno desenvolve um jeito de ser médico a partir das vivências subjetivas do encontro pedagógico, absorvendo a “teia de significados” (Geertz, 1976) que é a cultura profissional. Sobre tudo isso, dá-se 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.

Já há algum tempo, na área da Educação Médica, discute-se a importância de se ater a tais aspectos da formação, considerando-se que o ensino por acumulação, no que Freire (1996) chamou de depósito de informações, não seria suficiente para dar conta da totalidade do processo educacional em medicina, que só se completa com o desenvolvimento ético do ser médico.

Críticas ao comportamento dos médicos (frios, distantes e até mesmo cruéis e desinteressados pelo paciente, ainda que tecnicamente interessados na sua doença), somam-se aos aspectos situacionais que caracterizam a prática médica atual como uma

prática tecnicista apoiada em equipamentos e protocolos, pouco articulada com o humano inerente ao seu campo (Schraiber, 2008).

Frente a esse fato, é hoje mais ou menos consensual na literatura que, para trabalhar de forma competente transitando nas interfaces técnicas e humanas da profissão, é preciso que durante a formação médica tais campos se apresentem e se articulem no viver pedagógico, sem que qualquer deles seja colonizado pelo outro.

Do nosso ponto de vista, não basta, entretanto, conhecer princípios ou mesmo técnicas relativas a tais campos. É também necessário cultivar a identidade médica no teatro das subjetividades em formação, uma vez que, para que essa articulação seja efetiva, é preciso que, mais que conhecer (de forma cognitiva) se elabore (de forma interiorizada) tais informações, tornando-as parte do ser médico e, por consequência, do fazer medicina. Se assim for, estamos falando de um fenômeno educativo que requer desenvolvimento pessoal mais que transmissão e memória. Tarefa que não se realiza só com a preparação técnica, mesmo que baseada na excelência tecnológica, pois requer o exercício ético como método para se chegar à dose certa de teoria e prática, racionalidade e sensibilidade do fazer competente para seres humanos por inteiro. Uma educação que implica em amplo desenvolver de potencialidades e construção reflexiva do ser cada vez mais ciente da natureza das coisas, das pessoas e de si mesmo, capaz de realizar sua própria humanidade.

Da psicanálise sabemos que tal realização se dá por elaboração psíquica, processo contínuo de identificação com atributos, propriedades, aspectos totais ou parciais de vivências intersubjetivas (Laplanche e Pontalis, 1988), partícipes da constituição subjetiva que, por sua vez, determina comportamentos e formas de relacionamentos interpessoais, no início e ao longo da vida.

Trazendo tais conceitos para o campo da formação médica, interessava compreender certos elementos da cultura contemporânea que, refletidos na cultura médica, e mais precisamente nas matrizes intersubjetivas presentes na escola médica, imprimem marcas de subjetividade para um modo de ser médico que, ao final do processo educacional, pouco tolera o *outro* como alteridade, e mais ainda, o reduz à dimensão de organismo anatomofisiológico em práticas relacionais desvitalizadas.

Nossa proposta de aproximação ao problema em foco foi aprofundar a compreensão do universo de relações em uma escola de medicina, com especial interesse no encontro professor-aluno na graduação, atentamente a aspectos da cultura contemporânea vividos intramuros, e suas possíveis implicações no ser médico e na interatividade frente às questões levantadas pela humanização e o ensino desta e das humanidades na formação médica.

Definimos, então, a base empírica e as técnicas de coleta de dados considerando como campo para a observação participante os anos de Internato da graduação, nas áreas de Clínica e Cirurgia Gerais, e como meio de produção de narrativas as entrevistas semiestruturadas de professores dessas duas áreas e alunos do primeiro ao sexto ano.

Do mergulho teórico inicial, construímos três núcleos temáticos – o Eu, a Tecnologia e a Interatividade – que permitiram a chegada ao campo, e foram sendo remodelados nas análises dos dados ao longo do tempo, a partir das muitas idas e vindas nos planos teórico e empírico; movimento que, na pesquisa qualitativa, faz dialogar o geral e o particular, o abstrato e o concreto, o coletivo e o individual, alinhavados pela realidade histórica, social e cultural do estudo e seu estudioso. Desse processo, chegamos a algumas interpretações que nos pareceram relevantes em relação ao objetivo proposto. Sintetizemos.

A cultura médica carrega consigo uma tradição manifesta em valores, crenças, comportamentos que compõem uma poderosa matriz de construção de subjetividade da qual os estudantes saem médicos, e à qual os médicos constantemente retornam durante sua vida profissional. Em vários aspectos a cultura médica reflete a cultura de seu tempo, e no caso em estudo, pudemos observar essa estreita interdependência.

Dentro de modelos do pensar característico aos seus campos de estudo, autores da Antropologia (Augé, 2005), Sociologia (Giddens, 2002), Filosofia (Ferry, 2008) e Psicanálise (Costa, 2004; Birman, 2001), em suas análises da cultura contemporânea, convergem para o realce do *eu* como instância de referenciamento na produção das subjetividades nos tempos atuais. Valores como individualismo, culto ao corpo e à imagem, competitividade, consumismo, produzem comportamentos que revelam (e reforçam) a supremacia do *eu*. No mundo atual, cada um está voltado para si mesmo, e o *outro*, como alguém diferente, não é desejável. Essa posição subjetiva impede a autenticidade dos encontros inter-humanos na perspectiva da intersubjetividade interpessoal (Coelho Jr & Figueiredo, 2004), considerando que esta pressupõe o encontro de dois ou mais sujeitos suficientemente constituídos e independentes que podem obter do encontro de subjetividades o reconhecimento mútuo. Em tempos narcísicos, tal aproximação produziria desprezo e intolerância ao desigual (Birman, 2001) por haver certa polarização na busca do mesmo de si no outro e aversão ao diferente em gradientes que chegariam até mesmo à negação de sua existência, ou a violência (anulação social, psíquica ou física do outro).

A colonização do espaço público pelo *eu* e a Cultura Narcísica dos tempos atuais encontram expressão em caracteres que participam da construção da identidade médica: o sentimento de especial singularidade e superioridade, o individualismo, a competitividade, o isolamento. Na esfera relacional, essa configuração subjetiva pode se

manifestar na forma de difícil aceitação da alteridade, que vai do estranhamento ao *outro* desigual à sua anulação como sujeito, movimento em consonância ao que se observa na sociedade a propósito da violência.

A cultura médica que se delineia na modernidade e se estende à contemporaneidade é fortemente marcada pelo que em alguns momentos deste estudo definimos como modelo biomédico. A primazia do fato biológico potencializa-se com os avanços tecnológicos que realizam o escrutínio do organismo de forma cada vez mais sofisticada, assim como amplia possibilidades de intervenção no corpo físico. Médicos encantam-se com o saber biomédico refinado e, em sintonia com as crenças da Cultura Somática atual que localiza na vivência corpórea os fenômenos (físicos, psíquicos, e sociais) relativos ao *eu*, acumulam reforços de uma sociedade em que os indivíduos se definem em termos físicos. *“Atualmente, se tornou verossímil acreditar que atos psicológicos têm origem e causas físicas e que aspirações morais devem ter como modelo desempenhos corpóreos ideais. Em outros termos, estamos nos habituando a entender e a explicar a natureza da vida psíquica e das condutas éticas pelo conhecimento da materialidade corporal”* (Costa, 2004, p.203). Espera-se da medicina e dos médicos (aparelhados pela tecnologia) respostas e transformações físicas que tornem o *eu* mais belo, mais forte, mais longo. Ideais que brilham nos olhos da sociedade, e ultrapassam os limites naturais e éticos de tais aspirações.

Não se trata de reprovar o cuidado ao corpo como forma de investimento narcísico na autoidentidade. O chamamento se faz sobre o excesso de valor dado à dimensão física do corpo que cria uma miragem cultural. O reverso dessa miragem se revela no cotidiano da prática médica na forma de insuficiências não aceitas como limites desse pensar centrado no organismo, mas interpretadas por médicos e pacientes

como falta de mais biociência, levando muitas vezes a exageros e abusos à natureza humana.

Por outro lado, a cultura médica sustenta traços culturais peculiares que têm sua origem na tradição: do aprendizado pela pressão, acúmulo e sofrimento que caracteriza a passagem ritualística da profissão; ou da estrutura hierárquica da corporação (baseada não só no saber, altamente valorizado entre médicos, mas também no poder); ou da aliança fraterna, que une médicos em caso de apuros, ou em qualquer caso, quando, entre vários outros, se juntam os “igualmente” médicos; ou, ainda, da escolha da profissão por razões altruísticas (que podem perdurar, ou não), mesmo assim, fato surpreendente em tempos de enfraquecimento da solidariedade (Birman, 2001).

A cultura médica seria, assim, uma matriz de intersubjetividade que comporta várias dimensões da alteridade: como meio que precede o estudante e lhe fornece emblemas para a construção de sua identidade profissional (dimensão trans-subjetiva); como território de encontro com o *outro* semelhante com quem se reconhece, complementa, troca (dimensão interpessoal); como arena de embate com o radicalmente *outro* e que necessita da mediação ética (dimensão traumática); e, por fim, como lócus de contato com outros que se instalam no psiquismo como objetos de identificação (dimensão intrapsíquica). No interior dessa cultura, cada um de nós, durante a graduação e depois na vida de médico, vamos nos haver com figuras culturais que participarão das constantes remodelagens do *eu* de cada médico e o modo como atua junto aos seus pacientes e equipe.

Entre as figuras que mais se aproximam do que seria entre nós o protótipo do eu-médico nessa dimensão coletiva, destacam-se as da superioridade intelectual, “genética”, de classe social, ou de qualquer natureza que apareceram de forma recorrente neste estudo, seja em relação ao professor, ao estudante, ao médico ou ao

superior hierárquico. A superioridade seria uma dádiva da pessoa antes mesmo de entrar na escola médica, como uma característica (biológica e social) do ser, que ao passar pelo crivo do vestibular se legitimaria. Uma vez na faculdade, as opiniões divergem quanto ao futuro dessa “ilusão”... Para alguns, a faculdade, por suas falhas organizacionais e éticas, deturparia a genialidade dos escolhidos. Para outros, pela qualidade dos professores e da estrutura educacional, sustentaria e aprimoraria a superioridade dos selecionados. Certamente que essas propriedades se aglutinam de várias maneiras na formação do estudante, e nosso estudo mostra que cabe a cada um encontrar a dose certa de enaltecimento narcísico para o seu projeto de autoidentidade no campo profissional.

Mas, uma vez que essas crenças são administradas de forma individual e autônoma a serviço de projetos pessoais de sucesso, estariam também na origem de comportamentos de autossuficiência, competitividade exacerbada, e desconsideração pelo *outro*. Percebemos que as dificuldades para a experiência intersubjetiva começariam já nesse meio, porque o adensamento dessas características acabaria por tornar o ambiente acadêmico da escola estudada (que nesse caso não a diferencia muito das instituições de um modo geral) como um ambiente de desconfiança e deslizos éticos, relações superficiais e de caráter instrumental, oportunistas, e interesseiras, o que recomendaria atitude de cautela e superficialidade nas relações. A falta de diretrizes de conduta ética institucional como referência, assim como a falta de posicionamento claro e comprovado em relação ao médico que se pretende formar do ponto de vista do “duplo ético” citado (técnico e humano), reforçaria esse comportamento.

Nesse sentido, mas em outro plano de análise, há que se considerar que o sentimento de superioridade seria resignificado e reforçado como um recurso de encastelamento do *eu* (Birman, 2001) – que então bastaria em si mesmo prescindindo

dos outros para sua satisfação – fenômeno da Cultura Narcísica que se apresenta como uma defesa contra pessoas, situações e ambientes tidos como hostis, agressivos ou pouco confiáveis.

O *eu* como um fim em si mesmo, e o investimento na autoidentidade, é característica das subjetividades contemporâneas que aparece no discurso dos alunos. Nesse sentido é interessante notar que entre professores ainda se valoriza muito o profissional liberal (que quase não existe mais, pelo menos não exclusivamente) e a crença no “sacerdócio” ou “vocação” médica (como dom e disposição integral da vida à medicina). Já, entre os alunos, ser um profissional assalariado não soa como um insulto desde que bem pago, sendo até mesmo bastante desejável, pois dá direito a mais liberdade para a vida privada (horário de trabalho, fim de semana livre, férias). Para estes, a construção da autoidentidade envolveria vários outros aspectos do viver e não se bastaria mais no ser médico, para o qual admitem uma disposição parcial da vida à medicina.

Entre os professores a ideia de medicina como arte está muito associada à vocação, como um talento natural que pode prescindir de aprendizado, pois seria uma disposição inata do espírito para a prática médica, principalmente para a conversa e a relação médico-paciente. Muito embora, a arte não dispense um método, ou um conjunto de regras e processos para a produção de um determinado efeito de caráter fundante, entre os médicos a arte seria um modo de agir “inato” e subjetivo, tendo a eles próprios como modelos e, baseados em valores pessoais, atuando como conselheiros dos pacientes. Para os alunos essa ideia não parece ser tão importante para a afirmação da identidade médica. Há alguns que acreditam nela, mas ao seu lado está presente a ideia de tecnologia como processos ou materiais criados a partir da aplicação de conhecimentos científicos, técnicas, e métodos, perspectiva pela qual eles reconhecem a

comunicação, o cuidado, o vínculo terapêutico como modalidades de tecnologia em medicina que podem ser ensinadas e aprendidas no curso médico. Por outro lado, faria parte da arte médica a experiência, também bastante valorizada entre os professores e questionada pelos mais novos que se apegam mais aos “guidelines” como recurso tecnológico que os protegeria da inexperiência e da imprecisão da arte, ou da sua falta. Assim sendo, percebemos que entre os mais velhos a ideia de tecnologia tem a ver com equipamentos, insumos e estes seriam colocados a serviço da arte médica. Entre os mais jovens, há os que entendem tecnologia como mais que insumos, conhecimento, modo de proceder com técnica, que se estende e ultrapassa a subjetividade pura e simples que, então, deve ser redimensionada em termos metodológicos.

Outro aspecto controverso que aparece no tocante às figuras culturais do eu-médico se refere ao médico ideal e sua tradução na prática. Na observação, identificamos o médico “rico em saber” e o médico “rico em dinheiro e prestígio”, respectivamente na Clínica e Cirurgia, como os ideais do imaginário social do grupo, que podem ou não coincidir com a realidade de vida do médico. Nas narrativas de clínicos, aparece o médico como aquele que cuida, que se dedica, que acompanha o doente no desenvolver da sua problemática seja lá qual for. Nas narrativas de alunos, essa prática estaria mais distante do ideal do que no discurso dos clínicos. Também para os cirurgiões entrevistados, esse ideal só seria possível no consultório particular, onde teriam tempo para um trabalho educativo com os pacientes, porque a distância entre o médico que cuida e o que trata (cura) estaria não só no comportamento dos médicos, mas também na demanda dos próprios pacientes, que só se sentiriam atendidos quando dentro da medicina privada. Segundo eles, não havendo possibilidade de realizar esta figura ideal, optam pelo modelo tecnicista.

Voltando-nos para o professor de medicina, encontramos uma figura central da formação médica que atua de forma independente nos diversos cenários de ensino. Em geral, trata-se de um médico que transmite seu conhecimento aos alunos e não tem preparo pedagógico formal para atuar como educador. A noção que têm de ensino-aprendizagem remonta à sua própria experiência como estudante dentro do modelo da educação tradicional (Freire, 1975) em que o professor é o sujeito da ação e os alunos, os receptores passivos dos conteúdos dados pelo professor, modelo este também adotado para a educação em saúde dirigida às pessoas, individualmente como pacientes, ou coletivamente nas campanhas. O professor tem assim grande poder e o exerce de acordo com sua personalidade, numa escala que vai da mais absoluta empatia e respeito ao aluno à tirania e humilhação. Entre os entrevistados, todos apreciavam ser professor. Alguns pelo ato narcísico da exibição, característica da Cultura do Espetáculo nos tempos atuais em que se destacar da multidão, ser visto, ser apreciado, exercer fascínio no outro e sobressair-se aos demais são valores culturais. Outros gostavam da atividade didática pela possibilidade de aprender junto com o aluno, ou desenvolver suas potencialidades por meio do desenvolvimento do aluno. Estes professores seriam os que conseguem realizar um encontro pedagógico mais profícuo e modelar para o ensino da boa relação médico-paciente junto a alunos interessados em aprender (porque observamos não ser este o desejo de todos os alunos).

Apesar do gosto pela atividade, os professores ressentem-se do fato de que a Instituição não os diferencia (bons e maus professores não são reconhecidos em sua singularidade), não valoriza seu trabalho, ou pior, qualifica o trabalho pedagógico como inferior às pesquisas, não retribui financeiramente de forma adequada, nem prestigia seus esforços, e menos ainda cria condições institucionais de crescimento profissional por meio de uma carreira voltada especificamente à atividade didática.

Mudando o foco para os estudantes de medicina, encontramos um grupo heterogêneo que se divide e reagrupa em muitas subculturas dentro do universo institucional. Embora muitas vezes tratados como “*meninos*” e “*meninas*”, os alunos entrevistados não pareceram tão adolescentes, com a ressalva de que, por se tratar de alunos escolhidos como informantes-chave, eram pessoas mais conscientes, críticas e reflexivas que os colegas que se comportam como tais. Ainda assim, cabe pensar que a estrutura de ensino pode estar contribuindo para essa “infantilização” dos alunos devido ao método de ensino, à estrutura hierárquica e à centralidade do professor no processo educacional, fatores que não favorecem a autonomia e o protagonismo dos alunos. Chamados a falar de si, os alunos mostraram que sabem onde estão e o que buscam, inclusive ao reconhecer sua imaturidade emocional e dificuldade de aprofundamento e construção da interioridade (Costa, 2004), outra característica dos tempos atuais.

Bastante enriquecida pela diversidade encontrada no empírico investigado, a caracterização de grupo confirma as teses mais gerais apontadas pela literatura a propósito do narcisismo, da prevalência somática, e do espetáculo na cultura contemporânea. Vaidade, individualismo, pouca disposição para atuar em grupo, preconceito de classe e raça, distanciamento emocional e pouco envolvimento com o *outro*, fechamento em si mesmo, forte ambição econômica e de projeção social, competitividade, excessos em relação ao corpo principalmente pelo uso de álcool, pouca capacidade de aprofundamento reflexivo e superficialidade crítica, consumismo do tempo e das coisas pela rapidez e volume em excesso, baixa autocrítica e dificuldade em pedir ajuda devido ao sentimento de autossuficiência, pouca experiência de vida e imaturidade que acreditam compensadas pela perfeição do *eu* “geneticamente determinado”. Ainda assim, são capazes de responder de forma mais madura quando

chamados, ou quando em ambientes e situações que assim o exijam, como pudemos observar e constatar nas narrativas de professores e alunos.

Passando da análise dos aspectos culturais referentes ao *eu* na escola médica, para a sua relação com o *outro*, percebemos as variações de lugares que a este conferem a condição de pessoa, sujeito, ou objeto, pensados por referência à literatura adotada.

Começando pelo *outro* como semelhante, resplandece o colega médico. Apesar das grandes diferenças que criam subgrupos, “panelas”, subculturas, a identificação narcísica que nos aproxima “*só médico para entender médico*”, seria mais que o reconhecimento de si no *outro* semelhante, um importante recurso defensivo, afinal, como sabemos e acabamos de dizer, não somos assim tão parecidos uns aos outros. Há médicos e médicos... Mas o colega médico é o outro semelhante que, inclusive por imperativo do nosso Código de Ética, deve ajudar e ser ajudado quando em dificuldades, principalmente no exercício profissional. Mandado que em parte conflita com o espírito altamente competitivo da classe, mas costuma ser praticado quando em situações em que estaríamos todos no mesmo barco... A propósito, Giddens (2002) fala da “relação pura” que, nos tempos atuais, seria aquela que se sustenta por retribuições psíquicas e satisfação que permitem aos indivíduos nela implicados o autêntico exercício da amizade, confiança e solidariedade. Tal modo de relação entre pares seria assim um recurso necessário para a manutenção da autoidentidade, conceito que se aplica em relação à parceria entre médicos: “*A relação pura é um ambiente-chave para construir o projeto reflexivo do eu, pois tanto permite quanto requer a autocompreensão organizada e contínua – o meio de assegurar um laço duradouro com o outro.*” (2002, p.172).

O ingresso à faculdade de medicina é também a entrada para um mundo tido como à parte. À medida que progressivamente participa da vida universitária, o futuro

médico já se vê (porque é assim tratado pelos professores e colegas mais velhos) como pertencendo a esse mundo à parte: o do médicos. Pode-se interpretar esse fato como uma das permanências históricas em que a medicina da Modernidade se percebe como uma corporação, dada, sobretudo, pelo acesso a apropriar-se e deter o saber médico, o que separa os médicos dos outros, os leigos (Schraiber, 1993 e 2008). É bem verdade, porém, que essa permanência histórica se encontra tensionada pelos novos arranjos profissionais e de mercado de trabalho que a medicina ao final do século XX passa a assumir, borrando em alguns aspectos o que é “de dentro” e o que é “de fora” desse mundo. Um dos mais expressivos exemplos nesse sentido é o acesso às informações derivadas do conhecimento médico, por vezes, acesso a divulgações desse próprio conhecimento, por meio da mídia eletrônica ou televisiva ou da grande imprensa. Assim sendo, a despeito da cultura médica “intramuros” e das alianças que aí se efetuam, o *outro* já não resta tão fixo nesse lugar de outro, do não-médico, desencadeando, defensivamente, até mais firme construção dos “muros”.

Já em relação ao *outro* como diferente coloca-se a questão da alteridade em patamares distintos. O professor é diferente do aluno e o reconhece como sujeito que, no seu julgamento, diverge dele porque se dedica à medicina, aos pacientes e à Instituição de forma menos intensa e às vezes menos solidária. Ou porque o aluno tem mais clareza quanto aos objetivos financeiros da escolha profissional, tem atitudes de confrontação, licenciosidade e displicência impensáveis à época de estudante do professor, comportamento que atualmente, devido à valorização que se dá à juventude e ao novo, seriam aceitos e relativizados pela Instituição. O aluno reconhece o professor como um sujeito diferente dentro de uma categoria em que podem se configurar como pessoas interessadas no ensino ou muito pelo contrário, descompromissadas e irresponsáveis. E,

nessa diversidade, seriam modelos que entrariam nas matrizes de intersubjetividade do encontro, ou como objetos de identificação para o aluno, na dimensão intrapsíquica.

A alteridade também é tratada mediante um divisor de águas que define quem se mantém na posição de sujeito e quem declina, a começar pela relação professor-aluno, chegando à relação médico-paciente.

O modelo de ensino centrado no professor não oferece um verdadeiro lugar de sujeito para o aluno, este funcionando como objeto que, na melhor das hipóteses ou pelo menos na mais inofensiva, permite ao professor, narcisicamente, exibir seu saber. O que não nos pareceu um pecado assim tão grave... Grave mesmo foi ver situações em que a hierarquia aparece na relação do professor com o aluno, mostrando-lhe que a diferença de lugares não se sustenta na diferença de saberes, mas na diferença de poderes (quem pode mais, apanha menos). A postura onipotente e tirânica de alguns mestres determina o ensino pelo constrangimento, medo e humilhação. Aos diferentes considerados inferiores (alunos ou pacientes) seria possível a prática de “pequenos abusos” e “brincadeirinhas”, já que instaurada a “lei do mais forte”, abolem-se os direitos e torna-se natural descambar para matizes de violência.

A coisificação do *outro*, aqui pensada como a destituição do lugar de sujeito e as restrições à sua manifestação desejante, sua autonomia e seu pleno exercício de direitos e deveres, dar-se-ia mediante vários processos.

Na perspectiva bioética, quando o princípio da autonomia esbarra no princípio da beneficência e não maleficência (fortemente arraigado na cultura médica) emerge um dilema de difícil resolução no qual se corre o risco de redução do *outro*, mesmo levado por boas intenções.

Mas, a situação contundente é aquela em que, ao extremo, o comportamento herdado de outras épocas na medicina (quando ao médico era dado o poder de decidir a

seu critério os destinos dos doentes), no ato e discurso do sujeito em ação, o *outro* encolhe ao limite do organismo. O *outro* tratado como coisa e reduzido ao uso instrumental (como uma peça anatômica ou de demonstração) para a transmissão do saber médico ainda é uma prática comum, particularmente na Cirurgia, conforme observamos. Para os alunos, tais cenas de profundo desprezo pela pessoa são vividas como constrangedoras, traumáticas e “inesquecíveis”, muito embora, e muito pior, para alguns deles, uma situação esperada e natural, decorrente do funcionamento do hospital e das contingências do ensino. A lição estaria dada.

Esses posicionamentos subjetivos, que levam a sérias implicações nas relações interpessoais de que trata este estudo, teriam como uma de suas causas o modelo biomédico quando sucumbe ao tecnicismo. A visão centrada na doença e no organismo, a fragmentação e aprofundamento em relação à parte lesada descolada do todo, a linguagem dessensibilizada que faz a limpeza emocional dos fatos, junto ao excesso de atendimentos em uma organização fabril do trabalho médico, são decorrências do modelo biomédico que levam à perda da noção da totalidade existencial da pessoa do paciente e do médico. É importante ressaltar que não só o paciente fica destituído do lugar de sujeito, mas também os médicos tratados como peças da engenharia institucional, ou vítimas do discurso que proferem, qual do próprio veneno que lhes subtrai humanidade.

Os limites do modelo biomédico aparecem no retorno repetitivo dos pacientes que não atendidos em suas demandas além da possibilidade tecnicista, voltam com outras queixas localizadas no corpo, sendo este não mais o corpo-organismo que tal modelo apregoa, posto que o corpo na sua vivência não se restringe ao organismo. O corpo, no modelo da psicanálise, é substância física mapeada pela ordem pulsional (Birman, 2001), postulada como dimensão psíquica marcada pela história, cultura e

determinações sociais, na constituição da subjetividade. No sentido filosófico dado por Ricouer (1991), o corpo é carne mediadora entre o si e o mundo, superfície na qual se dão os acontecimentos que reportam à exterioridade e à interioridade do indivíduo. O corpo, e seus atributos físicos, psíquicos e sociais, seria um fenômeno que ao mesmo tempo é corpo no conjunto das coisas do mundo e corpo de um “si mesmo”. Na cultura somática, o corpo teria ainda as significações que lhe são atribuídas dos modelos culturais de beleza, desempenho, saúde e devidamente medicalizados de modo a se expressarem não mais na forma de desejos do *eu* para com sua imagem, mas necessidades vividas na carne e que pedem intervenção médica no plano físico. A desconstrução dessa crença junto aos pacientes exigiria trabalho zeloso de elucidação e convencimento que alguns de nossos entrevistados referiram como “educativo”, aparentemente pouco praticado na rotina observada.

Na visão dos mais críticos, usa-se muita tecnologia armada por razões que ultrapassam sua indicação precisa e adequada. Afirmam que a tecnologia é necessária, mas também é usada de forma excessiva, seja porque os médicos dela necessitam para encurtar sua atuação junto ao paciente, ou porque o paciente não se sente bem tratado quando não a obtém, ou ainda porque acostumados a uma clínica menos investigativa pelo raciocínio junto ao paciente, acomodou-se um fazer médico mais rápido, e socialmente amparado (suposto mais “seguro”) em que as perguntas não são respondidas pela semiologia, mas pelos exames laboratoriais. Com isso, reduz-se o contato intersubjetivo e os derivados que permitem a humanização do atendimento: a escuta, a empatia, a comunicação, a construção de vínculos, a compreensão do *outro* e a elaboração de planos terapêuticos na perspectiva do cuidado.

Há que se considerar também que muitos desses recursos técnicos do campo das humanidades não são percebidos como tais, principalmente pelos médicos mais velhos,

para os quais eles fariam parte da “arte médica” nos termos discutidos anteriormente, neste capítulo. Especificamente, em relação à conversa, no cotidiano observado e relatado, percebemos que ela pode ser entendida como recurso técnico para o diagnóstico e tratamento, ou como dever moral do médico junto ao paciente, como um ato de responsabilidade pelo alívio e conforto do outro, ou mesmo como “política de boas maneiras e defesa” que ajudariam o médico a lidar com problemas na relação médico-paciente e família. No avesso, a mentira ao paciente sobre seu estado, seu prognóstico e outras perguntas difíceis que possa vir a ter, e que demandariam tempo, disponibilidade interna e preparo técnico e emocional do médico para o seu enfrentamento, aparece como resposta admissível e frequente. Para alguns alunos seria uma prática desumana e abjeta; para outros, os fins justificam os meios, e não havendo diretrizes institucionais claras sobre a ética em questão, mais uma vez fica por conta de cada um qual modelo adotar.

Essas insuficiências do modelo biomédico para dar conta das muitas questões e demandas referentes à saúde, sobretudo diante das condições institucionais e da organização social mais geral da assistência médica, não é percebida por professores e alunos como fator de uma suposta desumanização na medicina. Para estes, a organização do trabalho médico e das práticas assistenciais seria o principal responsável pelos problemas na relação médico-paciente. Entretanto reconhecem que para alguns médicos o pouco interesse pelo paciente e a falta de desenvoltura para sustentar a conversa no ato clínico também responderiam por esse problema. Nesse sentido, dividem opiniões sobre se é possível ou não ensinar a “conversa” ou mesmo valores e atitudes mais de acordo com a humanização. Indo mais longe, mesmo que de forma opacificada, algumas narrativas expressam o reconhecimento de que fatores mais intrínsecos à constituição do eu-médico existem e devem ser considerados, indicando

fissuras no discurso que poderiam dar abertura às abordagens humanísticas na formação. Contudo, quase sempre exibem grandes dificuldades para pensar a questão do ponto de vista de uma cultura hegemônica ou como expressão coletiva de determinantes sociais, compreendendo, quer o interesse pelo paciente, quer a disposição para conversar e comunicar-se, como atributos pessoais de cada profissional, e nesse sentido, como algo fora de qualquer controle ou impacto sociocultural. É interessante nesse sentido também apontar que, como consequência desse olhar, quando abordam questões éticas, igualmente as percebem e as apresentam em suas falas como fruto de condutas e posturas de valor de caráter (quase exclusivamente) pessoal de cada médico.

Postos tais aportes acerca das implicações da tecnologia nas interações, retomamos nossas considerações acerca dos atos e discursos que designam lugares ao *eu* e ao *outro* como semelhante, como desigual, ou como não sujeito, e desses posicionamentos estabelecem relações proporcionadas ou tão assimétricas que, no excesso, revelam poderes arbitrários e determinam abuso e violência.

As relações entre professores e alunos são fortemente marcadas por essas configurações de lugares, nos seus diversos gradientes, de acordo com suas características pessoais, ou com a ambiência dos cenários de ensino-aprendizagem. Fato que merece atenção uma vez que de acordo com os tipos de relação pedagógica (futuramente, relação profissional) que se desenvolvem nesse “espaço pedagógico” tem-se a qualidade da matriz intersubjetiva originária. Ou seja, a teoria se confirmou na prática aqui visitada: a relação professor-aluno tanto promovia quanto eliminava a interatividade (e o ensino da competência relacional).

A centralidade do professor no processo educacional torna a qualidade do ensino muito professor-dependente. Ao mesmo tempo, reforça no aluno a atitude acomodada de querer tudo pronto e evitar o trabalho pessoal de construção do conhecimento, e de

pouco se compromissar com o currículo formal tendo em vista dar espaço a outras atividades consideradas mais compensadoras para o seu futuro profissional. Por outro ângulo, a onipotência para qual a centralidade do professor pode entornar é traduzida pelos alunos como falta de preparo para desenvolver relações dialógicas nas quais se construam raciocínios compartilhados. Reforçada pela frieza e distanciamento com que se daria boa parte do ensino formal das disciplinas nas quais vários professores ministram cada um uma aula sobre um dos temas do conteúdo programático de forma atomizada e quase anônima, não há como se realizar uma interação, minimamente que seja. Nesse cenário, os alunos relatam atitudes de falta de respeito lado a lado: professores que não admitem que o aluno tente se colocar como sujeito dotado de opiniões próprias, e alunos que buscam o enfrentamento com o professor para desautorizá-lo, usando de arrogância e provocação gratuita em ambientes ou com professores um pouco mais flexíveis: a “lei do mais forte”. Problema que ocorreria em muito menor proporção nas disciplinas ministradas em pequenos grupos monitorados por um mesmo professor, nos quais a matriz intersubjetiva interpessoal se constituiria, permitindo o desenvolvimento de boas experiências relacionais.

Professores capazes de suportar as diferenças entre o *eu* e o *outro* propiciariam relações pedagógicas que se sustentam no vínculo, no exercício reflexivo, na construção de responsabilidade e autonomia. Criariam assim espaços de intersubjetividade em que é possível uma formação no rumo da humanização das práticas, particularmente no que se refere ao cuidado, conforme a afirmativa da literatura de que metodologias mais ativas capturam o interesse do aluno para o desenvolvimento de competência ética (Rego, 2001, Serodio e Maia, 2009).

Entretanto, é bom ter em mente que trabalhar no espaço intersubjetivo não é simples, nem fácil. Reproduzindo a dificuldade narcísica dos tempos atuais em que as

diferenças não são assimiláveis sem dor, medo ou desconfiança, embates bem ou mal resolvidos com o outro aparecem nas circunstâncias em que este afirma sua alteridade perante o *eu*. O *outro*, reconhecido como tal, provoca desconforto e a intersubjetividade pode ser inicialmente vivida de forma tensa, conflitiva e até dolorosa. Na relação médico-paciente, o *outro* que coloca o eu-médico em contato com a doença, o sofrimento e a morte cria um campo de tensão que pode ser intenso a ponto de muitas vezes acabar neutralizado pela sua anulação, como mostra este estudo em vários momentos. A desqualificação do aluno apareceria então como um desses subprodutos dos embates do eu-professor com o outro-aluno na seara do ensino médico.

Aprender pela dor e pelo medo ainda aparece como forma válida, de cunho iniciático que remonta às origens míticas e sagradas da profissão. Prova de força, coragem e persistência que caracterizaria a superioridade física e moral daqueles que querem ser médicos. A aprovação a esse “método” aparece na fala de alunos e professores, assim como a desaprovação apoiada no argumento de que não tem nada de transcendente, mas sim de falta de respeito, falta de educação, maldade e falta de ética profissional com o que se engendra a violência nas relações.

As práticas comunicacionais que permitem o agir comunicativo, qual seja a práxis em que se estabelece um entendimento mútuo que permite consensos, acordos ou ao menos o respeito à diversidade entre sujeitos, são reconhecidas pelos alunos tanto na atitude de certos professores como de colegas em situação de aprendizagem junto aos pacientes. No entanto, é pouco observada nas relações com outros profissionais da saúde. A interdisciplinaridade aparece neste estudo quando muito como uma intenção, na maioria das vezes como tema pouco conhecido e pouco praticado.

Também a linguagem que afasta as pessoas e não permite a comunicação se apresenta no uso do jargão médico e da fala em código quando da presença do paciente

e familiar. Mais precisamente, o que se passa em tais situações é uma comunicação seletiva, restrita aos semelhantes (médicos que entendem a linguagem técnica e os códigos de comunicação da classe) e não dirigida aos desiguais com quem não se quer trocar informações, ideias, enfim, àqueles com quem não se quer conversar, ainda que, hipoteticamente sejam os mais interessados na conversa em questão.

Essa quebra de comunicação que destitui o *outro* do lugar de sujeito e ignora seus direitos como pessoa, pelas referências adotadas neste estudo, configura situação de violência: são as humilhações ou as degradações do *outro*, abusos ou assédios.

A violência transparece na forma de desqualificação do aluno, mentira ao paciente, preconceito, racismo, abuso de poder hierárquico, vandalismo e “ritos iniciáticos” (que ainda acontecem de forma oficiosa), que têm todos o traço comum da ruptura da comunicação e o uso da força para impor ao *outro* o que dele se quer.

A hierarquia, necessária como organização do trabalho pelo conhecimento e experiência se desvirtua em abuso do poder, por meio do qual, quem pode realiza seus projetos narcísicos independentemente do que tal atitude possa acarretar ao coletivo institucional. Esse estado em que o interesse de poucos prevalece sobre o bem de muitos seria exatamente o oposto da ética pela definição tomada da filosofia (Levinás, 2009; Ricouer, 1991) como veremos adiante. Também no espaço privado das relações interpessoais, a hierarquia ilegítima (que se impõe pelo privilégio) cria distâncias entre as pessoas, injustiças e todo tipo de arbitrariedade que acaba com qualquer proposta de humanização das práticas de saúde e seu ensino. Na observação e no relato dos alunos, encontramos cenas e vivências em que certos professores, predominantemente na Cirurgia, não só demonstram desconhecer os princípios da humanização como atuam contra os mesmos.

O choque de valores culturais e sociais entre médicos, estudantes e pacientes frente ao *outro* muito diferente do si mesmo, muitas vezes provoca atitudes de preconceito que levam ao descuido e à violência (como comportamento intencional de anulação do *outro*). Em casos fortuitos, aos médicos seria também, informalmente, solicitado que, junto com o atendimento, se fizesse certo justicamento para pacientes “marginais”, “desviantes”, “psiquiátricos”, e “delinquentes” trazidos aos serviços de saúde. Situação abusiva, mas corriqueira em uma sociedade que adota a violência como instrumento formal de controle social (Foucault, 1986), e na qual os meios midiáticos transformam-na em espetáculo, e, dissimuladamente, aprovam a violência do “fazer justiça com as próprias mãos”. A convivência com comportamentos que geram a violência estaria assim colocada na sociedade e reproduzida nas instituições.

No nosso estudo, percebemos que comportamentos violentos permeiam vários espaços institucionais. Podem ser vistos na atitude de pacientes que tentam agredir ou causar dano aos médicos e estudantes de medicina, e na contraparte, pacientes que são humilhados pelos médicos e não reagem, não procuram os meios institucionais existentes para a proteção de sua integridade moral.

Entre alunos, comportamentos violentos estão também presentes nos que se excedem nas competições esportivas e, como numa guerra, sem crítica e sem razão, cometem atos de violência física e vandalismo contra as insígnias da escola rival presentes nos indivíduos não reconhecidos em sua subjetividade. Alunos que abusam do álcool, ou alunos que praticam rituais de passagem sadomasoquistas e promovem festas que introduzem o calouro em um ambiente de hostilidade e agressão que eles gostam de chamar de “*tradição*”. É claro que os alunos querem ver uma tradição médica nestas práticas violentas, pois, segundo eles seriam “inofensivas” e devem ser cultuadas e mantida através das gerações. Obviamente aqui se trata de uma corruptela do termo

“tradição”, posto que, além de serem práticas operadas ao arrepio das leis, normas e organismos que definem a ética profissional (dos médicos) e a ética da instituição (universidade), são efetivamente práticas conjunturais ou locais, não correspondendo ao aprovado pelos médicos como corporação.

A violência permanece em surdina porque ninguém quer arriscar-se a denunciar e depois sofrer retaliações dos colegas, ou ameaças de professores poderosos que impediriam seus caminhos profissionais no futuro. E assim, oficiosamente, esse estado de coisas mantém-se em meio às tentativas de ensino das humanidades médicas e da formação humanística do aluno de medicina, oficialmente prevista nas diretrizes curriculares.

Por uma leitura nossa (Rios, 2009) a humanização, na qualidade de movimento social contracultural tal como definido a princípio neste trabalho, seria o processo de mudança da cultura institucional contra a violência no campo da Saúde por meio de práticas que reconhecem o lugar de sujeito das pessoas envolvidas nas ações de saúde e promovem a interação. Embora nas falas dos entrevistados (professores e alunos) apareçam claramente os problemas para os quais a humanização na área da Saúde oferece respostas, a maioria desconhece o assunto. Toma-se o termo “humanização” pelo sentido vulgar, e reage-se contra a ideia de precisar aprender o que se acredita ser “óbvio”, no caso dos alunos, ou no caso dos professores, a ideia de que estariam sendo injustamente cobrados de algo que já faz parte da sua atuação, ou se não faz é porque a organização dos serviços não permite.

Constata-se que a temática da humanização, da ética e da formação humanística em uma perspectiva mais científica, ou conceitualmente mais aprofundada, é nova e pouco conhecida pelo conjunto das pessoas, fato que se revela também no maior desconhecimento entre professores do que entre alunos. Entre alunos, há os que

conhecem relativamente bem o assunto e inclusive se sobressaem aos professores nas discussões do tema, em razão do que, muitas vezes, por alguns destes, é tratado com desdém. Enquanto alguns professores acreditam que humanização e formação humanística se referem a “tratar bem”, “tratar com educação”, “ser atencioso”, “falar com delicadeza”, enfim ter boas maneiras no trato ao paciente, há alunos que falam em “técnicas de comunicação”, “empatia”, “ações contra a violência”, “gestão mais participativa nos serviços”, “equipes de saúde”. Tal fato mostra também que, em parte, estaria ocorrendo o desenvolvimento da formação humanística a que se pretende, ainda que com alcance limitado a alunos mais interessados nessa temática.

As dificuldades do médico na relação médico-paciente aparecem como a principal razão para o ensino das humanidades, que no discurso manifesto é considerado importante, mas na dimensão latente é desprezado porque é tido como menor em relação aos conhecimentos biomédicos e o aprendizado do uso das tecnologias correspondentes. Tratar bem o paciente, segundo os depoimentos, seria tido como oferecer o que a medicina extrai de melhor da biociência, e, se, além disso, a relação for cordial chegar-se-ia às boas práticas. O aprimoramento no aspecto relacional seria um “requinte”, algo desejável, mas não imprescindível. Mesmo assim, as vozes audíveis concordam que o ensino de humanidades deve ter lugar no currículo (não há consenso sobre em que extensão), e precisa de reformulações didático-pedagógicas para alcançar seus objetivos terminais.

Nesse sentido, os dados do estudo vêm ao encontro de proposta que delineamos acerca da necessidade de planejamento estratégico a médio e longo prazo com vistas à integração curricular para a formação humanística, contando com, pelo menos, cinco metas: 1. aprimoramento das disciplinas de humanidades médicas existentes no currículo atual no que se refere a conteúdos e principalmente aos métodos didáticos; 2.

inserção de temas humanísticos nas disciplinas em que há o encontro clínico buscando maior integração com a prática clínica; 3. desenvolvimento, nos professores, de competência para trabalhar tais temas, tanto nas disciplinas específicas da área, quanto naquelas outras em que haveria a inserção temática, ou pelo menos conscientizá-los do papel modelar que exercem junto aos alunos e assim estimular a intersubjetividade nas relações professor-aluno, matriz do aprendizado do ser médico; 4. criação de diretrizes institucionais de conduta ética e princípios norteadores para os modelos do ser médico que a Instituição considera adequados à formação do médico para a sociedade; 5. desenvolvimento das propostas da humanização no hospital-escola e serviços de saúde que participam do ensino médico, atuando especialmente sobre a cultura institucional, e a organização e gestão dos processos de trabalho.

Ao encontro da literatura e de nossas próprias convicções, professores e alunos acreditam que é fundamental para a boa educação médica (e não só para o ensino de humanidades) valorizar o ensino de graduação com medidas concretas e atuar sobre a cultura institucional, inclusive criando diretrizes de conduta ética para os médicos na condição de professores; tópico que consideramos crucial para o desenvolvimento da formação humanística do estudante de medicina nos tempos atuais, sobre o qual nos debruçamos neste estudo, e que acreditamos concentrar grandes dificuldades e desafios para a escola médica.

Provocar mudança de cultura é processo longo, lento e dependente de valores coletivamente construídos, e assim, pactuados. Não basta a vontade, a determinação ou a ordem superior de alguns. As mudanças nas crenças e no comportamento são processos que envolvem conversas e consensos lavrados em espaços de intersubjetividade, o que não é tarefa fácil nas instituições de um modo geral, e quase impossível nas que trabalham em uma estrutura hierárquica tradicional.

As inflexões que a cultura extramuros determina sobre as identidades profissionais também reforçam tais dificuldades, ainda mais se considerarmos que, na cultura contemporânea, a vida privada (Ferry, 2008) baliza valores e comportamentos de forma marcante e, por vezes, acima da vida institucional.

A posição narcísica que resiste a admitir parceria com o *outro* desigual, junto com a “otimização” do *outro* no agir estratégico (Habermas, 1989), resulta na violência em atos e falas como pudemos ilustrar exaustivamente neste estudo. Também reverte em violência, o tecnicismo e a organização do trabalho que enxugam o tempo do encontro e transformam a conversa em mais um agir instrumental no processo, cuja maneira de tratar não problematiza a dimensão ética da relação, corta a comunicação efetiva e objetaliza o *outro*, e nesse proceder desumaniza a atenção.

Isto posto, antes de sucumbir ao peso da mais absoluta desesperança de se conseguir, na atualidade, uma formação médica que pense o ser humano por inteiro, vamos recuperar um aspecto prosaico, mas talvez, essencial para os desdobramentos dessa problemática.

Este estudo mostra o óbvio eclipsado: as pessoas fazem diferença.

Vimos que a pessoa do médico e do professor é determinante no modo de exercer a profissão e o ensino, havendo forte assento da subjetividade na forma de atuar. Embora haja cenários de ensino que, desde o início da graduação, exponham ao aluno a boa técnica e atitude médica, o aprendizado se dá preferencialmente pelos modelos que, na prática, atuam de forma autônoma, reforçando ou contradizendo o que foi ensinado em sala de aula. Não há, portanto, como disfarçar a necessidade de haver discussões sobre valores institucionais válidos para todos.

Nesse sentido, realizar um processo educacional pela aproximação da educação com a ética pode fazer brotar comportamentos individuais que sustentem melhor a

alteridade e quem sabe, no adensamento desses, façam-se as necessárias mudanças institucionais para a qualidade da Educação Médica como um todo. Afinal, como mostra este trabalho, as pessoas fazem diferença... Vejamos.

Em termos filosóficos, a ética se refere a um saber prático que orienta ações em busca do bem, ou da vida boa, para o indivíduo e a coletividade (Abbagnano, 2000). A ética seria assim o trabalho interno que o sujeito empreende para julgar e decidir sobre suas decisões a partir de valores colhidos do contexto social (a vida boa, e o bem, são definidos pelo grupo social em que o indivíduo está inserido). Cada um deverá encontrar uma forma de articular tais valores aos seus desejos e projetos pessoais, o que envolve uma boa compreensão desses valores, do *outro* e de si mesmo.

Para Habermas (1989), os valores que a ética articula vão constituir as normas morais que serão compartilhadas por todos que participam do mesmo contexto. Para tanto, devem ser construídas pelo diálogo coletivo, questionadas e transformadas pelo entendimento intersubjetivo, em um processo que se dá pelo uso da razão, função psíquica de eleição para tal tarefa. Isto só será possível dentro de estruturas sociais que permitam a construção e a manutenção de formas coletivas do viver fundadas em valores que tenham como garantia a sua aplicabilidade universal (para todo o grupo). No nosso estudo, observamos a ausência de valores construídos dessa maneira. As pessoas se aproximam por afinidades de valores (ou de interesses), formando agrupamentos de múltiplas faces morais, faltando à Instituição uma moralidade propriamente coletiva que permita uma coesão interna em torno do que é justo, e do que é o proceder ético em cada situação.

Em um plano mais profundo, a ética seria o processo reflexivo que sustenta a alteridade em qualquer circunstância. Levinás (2009) nos fala da ética como um interpelar o outro, tendo em vista a responsabilidade, o dever e a obrigação em relação

ao bem para o *outro*. Também Ricouer (1991) pensa a ética na dimensão relacional implicada no cuidado para com o *outro*. Para este autor, a justiça é uma disposição advinda da ética e que permite a coexistência menos conflituosa entre as pessoas. O exercício ético se dá nas interações do *eu* e o *outro*, como diferentes, podendo estes estar ou não em divergência. Admite-se, então, que a condição da vida entre humanos é a das diferenças individuais que não podem ser negadas, nem abolidas, e que requerem a construção de modos adequados de viver junto. Não se trata também de propor suportar uns aos outros, mas desenvolver a capacidade de respeito ao *outro* como sujeito de direitos e o reconhecimento deste como um interlocutor que deve ser acolhido como tal. Isto será possível porque, para Ricouer, a construção da identidade, em um de seus aspectos, se dá pela reflexividade do si mesmo que se reconhece no *outro*. Para ambos os autores aqui referidos, tal solicitude, que envolve reconhecimento e acolhimento do *outro* seria a base do agir moral, e teria, por assim dizer, um lugar constituído no psiquismo humano.

Ainda na trilha de Ricouer (1991), uma condição estrutural para o agir moral e ético, e por consequência o justo, é a mediação de um terceiro elemento que intervém no diálogo do *eu* e o *outro*, na figura de instituições justas que garantam a equidade e o laço social baseado em princípios coletivamente compartilhados, para que se mantenha a pluralidade de expressões do ser que coabitam o mesmo espaço de forma menos ressentida e agressiva, o que a nosso ver falta à Instituição estudada.

Quando então falamos de se realizar um processo educacional pela aproximação da educação com a ética, estamos nos referindo a uma educação inteiramente implicada no pensar e agir eticamente referidos às concepções aqui adotadas.

Para essa premissa, teremos de pensar, a começar, em uma educação que se dá em interações nas quais é possível sustentar a condição de sujeitos livres e autônomos a

todos os envolvidos nas ações educacionais, em qualquer contexto, deixando sempre muito claro o papel de cada um, seus alcances e limites, firmando compromissos individuais e coletivos de alunos, professores e de toda a Instituição. O agir ético resultaria, então, de uma prática que rompe com a violência porque exige a manutenção da comunicação e o estado permanente de reflexão crítica sobre os atos e discursos, garantindo a liberdade e a responsabilidade das pessoas. Tal empreendimento só é possível mediante a construção de uma profunda conscientização dos valores intrínsecos aos atos humanos, sem a qual se torna difícil o compromisso verdadeiro com a postura ética que constitui a essência do processo de humanização. Valores que, no plano coletivo, terão de ser construídos em processo dialógico, como insistem nossos autores de referência. Em um mundo de tanta diversidade e complexidade, a superação do individualismo e do agir estratégico e a possibilidade ética ocorrerão pelo viver dentro de um contexto imbuído de uma moralidade compartilhada por todos, sustentada pela Instituição, em uma realidade sabidamente carregada de paradoxos, ambiguidades e divergências. Em outras palavras, é necessário que o coletivo escolha os valores que representem as normas morais que se aplicam a todos e a Instituição se coloque como guardião dos princípios morais assim adotados, até segunda ordem vinda desse mesmo coletivo. A terminar, ainda dentro da mencionada premissa, teremos de pensar na ampla disseminação e constante atenção a tais valores e sua aplicação pela ética, inclusive se necessário for, na forma de diretrizes de conduta ética que definam claramente e sustentem o proceder ético institucionalmente aceito, ou o conjunto de valores que deve balizar a reflexão sobre as boas escolhas para o agir no cenário educacional e no exercício da medicina.

O quanto isso é possível no mundo contemporâneo, é questão em aberto... E será nesse exato sentido que a premissa aqui se considera na qualidade de um princípio

geral, uma possibilidade, mas nunca uma proposta de modelo a ser implantado, sem nenhuma mediação, como uma espécie de protocolo ou “guideline” ou como regra de construção do agir concreto. Trata-se, antes, de um convite à reflexão e à crítica.

VIII. À guisa de finalização, um depoimento pessoal

Por fim, gostaria de assumir a escrita em primeira pessoa do singular, com muito zelo a todos que de diferentes formas participaram da autoria deste trabalho, entre estes com especial deferência à minha orientadora, e encerrar este texto, que trata de tema referente à subjetividade na pele da cultura médica, com algumas palavras desta que escreve.

Sou suspeita para dizer, mas para mim não há profissão mais bela e assustadora que a medicina. A incursão pela intimidade da vida que pulsa no corpo feito de superfícies, cheiros, sons, histórias e expressões é talvez o contato mais emocionante que uma pessoa pode ter com outra em situação de trabalho. O nascimento de um bebê é sempre um momento de tensão, alegria e surpresa que se repete a cada parto. A morte de um paciente é sempre um momento de perplexidade, dor e silêncio gelado que escorre por dentro de nossa alma de médico. E por aí vai uma vida cheia de experiências de intersubjetividade que de tão dolorosamente bela é também evitada por muitos de nós desde os tempos de formação acadêmica.

Não pretendo julgar escolhas... Como, mais ou menos, dizia um dos meus professores de psicanálise: *Tornar-se responsável pelo buraco de sua alma é dever solitário...* Estudo esse tema porque acredito que seja possível uma prática médica mais eficiente e tranquilizadora para o paciente, e mais prazerosa e fortalecedora para o médico, se conseguirmos desenvolver melhor o ensino das humanidades médicas, compreender melhor o modo como se dá o encontro intersubjetivo no ensino e os aspectos que propiciam o agir comunicativo ou o impedem, e assim construir a humanização da relação médico-paciente, começando pela relação professor-aluno.

A Medicina Tecnológica desenvolve ações práticas pragmáticas que atendem a determinadas demandas políticas e sociais de eficiência que cumprem um papel na

sociedade contemporânea (tema vasto no qual não me atrevo a prosseguir com sequer mais uma palavra), mas mostra sua face descorada e desvitalizada no semblante dos seus filhos. Sim, há muitos de nós, médicos, que não vão tão bem, antes mesmo de se formarem...

Na cultura contemporânea, em que o esfacelamento das relações interpessoais e o encapsulamento narcísico reduzem a experiência anímica à sua expressão intrapsíquica (quando muito), a aventura intersubjetiva talvez não seja mais que um passeio de barco com velas içadas pela costa junto à praia... Na medicina, não é pouco o que se perde quando não é possível ir ao encontro do *outro* na sua alteridade, mas o movimento da correnteza é exatamente esse, como pude observar no comportamento de alunos e professores durante esta pesquisa (salvo os que insistem em nadar contra a maré).

Nesse movimento de fuga, o saber biomédico seduz professores e alunos. Saber que elimina da medicina a parte da existência humana que traz consigo o desconforto do encontro com o *outro*, o estranhamento, mas também a poesia de ser médico. A existência subjetiva, cotidiana e onipresente na vida de médicos e pacientes, acaba sendo pouco considerada durante a formação médica e mesmo depois... Mas ela insiste.

Ser médico não é apenas ter uma profissão, mas um estado permanente do ser, mesmo quando não temos consciência disso. Angústias e prazeres acompanham uma vida de muito trabalho que começa bem cedo, na faculdade. Nos vários contextos, é evidente a dimensão prazerosa do raciocínio clínico para os professores e residentes. Prazer que só se experimenta depois de muito estudo e prática, portanto bem menos compartilhável com os alunos, que parecem sofrer muitas angústias nesse processo. Aprender medicina é difícil. Leva tempo e exige persistência e desejo de saber. O resultado, entretanto, é altamente compensatório para quem acertou na escolha.

O prazer que se obtém do exercício do conhecimento médico se manifesta nos momentos de duelo de opiniões, no ato de ensinar, na conclusão de um caso, independentemente do final feliz, sempre desejado, muitas vezes frustrado. A competência profissional é um dos valores em jogo e aparece tanto na construção positiva da imagem do *eu* quanto na manifestação de prazer que advém dessa imagem carregada de valor. O seu avesso é o fantasma que consome a alma de todos.

Entre os alunos, admitir o não saber publicamente é tido como algo vergonhoso, desagradável e angustiante porque não corresponde a um valor. A vergonha de não saber é uma realidade, ainda que disfarçada pela maioria. Uma ferida narcísica sempre coberta, sempre agulhada. Em suas falas, observa-se que o pouco protagonismo, a condição de inferioridade e a ameaça dos erros que podem cometer trazem inquietação e sofrimento. E o silêncio ou passividade na aprendizagem dá-se por esse temor à humilhação decorrente das dúvidas ou dos erros, vivenciados como faltas do ser.

Não é à toa que desde o começo da faculdade se forma mais que uma corporação (que também existe), uma fraternidade branca. Ao se entrar na escola médica, ingressamos em um mundo à parte, uma realidade outra que se apresenta desde a semana de recepção e se sustenta pelo resto de nossas vidas. O “mundo faculdade de medicina”, que depois se transforma em o “mundo da medicina”, espaço imaginário que nada tem a ver com espaços de atuação de médicos e profissionais da saúde, o “nosso mundo” é compartilhado só por médicos porque só médico para entender médico... Só um “mundo” desses que nos precede e nos transcende para garantir a contenção de que precisamos frente aos perigos das angústias extremas que sofremos ao longo de nossas vidas diante da força implacável da morte, a crueza da carne, a delicadeza biológica, a vontade do espírito. A cultura médica que nos acolhe nos braços desde calouros é a mãe

que nos protege da experiência da dor dilacerante da condição humana que se apresenta aos médicos em quantidade desumana.

Mas, hoje, a Grande Mãe está pálida e, no íntimo, os seus filhos estão sós.

Referências Bibliográficas

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 4ª ed. São Paulo. Martins Fontes. 2000.

ASSUNÇÃO, L.F. e col. Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica** 2008, 32 (3): 383-389.

AUGÉ, M. **Não lugares – introdução a uma antropologia da supermodernidade**, Campinas, Papirus, 2005.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, 2004, 13(3): 16-29.

_____ Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunicação Saúde Educação**. 2000, 4(6): 117-120.

_____ Sujeito, intersubjetividade e prática de saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, 2001, 6 (1): 63-72.

_____ Hermenêutica e humanização das práticas de saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, 10 (3): 549-560.

_____ Cuidado e humanização das práticas, em DESLANDES, S., **Humanização dos cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006, pp. 49-83.

BERNSTEIN, R.J. **Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and praxis**. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1985.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2001.

BONET, O.A.R. Saber y sentir – una etnografia del aprendizaje dela biomedicina. **Dissertação**. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**, São Paulo, Ateliê Editorial, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES no. 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> (Acesso em 10/01/2010).

CABAS, A. G. **Curso e discurso da obra de Jacques Lacan**. São Paulo, Moraes, 1982.

CECIL, R. L. **Tratado de medicina interna**. 16ª. edição, Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1984.

COELHO JR, N.E., FIGUEIREDO, L.C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade, **Interações**, 2004, 9 (17): 9-28.

COSTA, J.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**, 2008, 11 (2): 69-76.

DALSGAARD, A.L. **Vida e esperanças – esterilização feminina no Nordeste**, São Paulo, UNESP, 2006.

DENZIN, N., LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Pub., 2000.

DESLANDES, S. F. Humanização, revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica, in **Humanização dos Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento, **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, 10 (3): 627-637.

ECKLES, R.E., MESLIN, E.M., GAFFNEY, M., HELFT, P.R. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review, **Acad Med**, 2005, 80(12): 1143-52.

ERIKSSON,S., HELGESSON, G., HÖGLUND, A. T. Being, Doing, and Knowing: Developing Ethical Competence in Health Care, **J Acad Ethics**, 2007, 5(2-4): 207-226.

FERRY, L. **Famílias, amo vocês: política e vida privada na época da globalização**. Rio de Janeiro, Objetiva, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**, Rio de Janeiro, Graal, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia da liberdade: ética, democracia e coragem cívica**. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1996.

_____ **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1975.

_____ **Pedagogia do oprimido**. 3 ed. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1975a

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**, Edição Standard Brasileira, vol.XIV 1914, Rio de Janeiro, Imago.

_____ **O Ego e o Id**, Edição Standard Brasileira, vol. XIX 1923, Rio de Janeiro, Imago.

GADAMER, H-G. **O mistério da saúde – o cuidado da saúde e a arte da Medicina**. Lisboa, Edições 70, 1993.

GEERTZ, C. **Interpretação das culturas**, Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1978.

GIDDENS, A. **modernidade e identidade**, Rio de Janeiro, Ed. Zahar , 2002

GOOD, B. J. **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. New York, Cambridge University Press, 1994.

GROSSEMAN, S., PATRÍCIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção de educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2004, 28(2): 99-105.

HABERMAS, J. **O discurso filosófico da Modernidade**, São Paulo, Martins Fontes, 2000.

_____. **Consciência moral e agir comunicativo**, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.

HAFFERTY, F.W., FRANKS, R The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education, **Acad. Medic.** 1994, 69 (11): 861-871.

HOBSBAWM, E. **A era dos extremos – o breve século XX**, São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

HOTIMSKY, S. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto **Tese**. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

HUNDERT, E.M., DOUGLAS-STEELE, D., BICKEL, J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. **Med Educ.**1996, 30: 353-364.

HUMANIZASUS: **Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2004.

KAUFMAN, A. **Teatro pedagógico – bastidores da iniciação médica**. São Paulo, Agora, 1992.

LAIDLAW, T. S., KAUFMAN, D.M., MAC LEOD, H.,VAN ZANTEN, S., SIMPSON, D., WRIXON, W. Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance **Med Educ**. 2006, 40: 18-25.

- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J-B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo, Martins Fontes Editora, 1988.
- LASH, C. **O mínimo *eu* – sobrevivência psíquica em tempos difíceis**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.
- LEVINÁS, E. **Entre nós – ensaios sobre a alteridade**. Petrópolis, Editora Vozes, 2009.
- LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**, São Paulo, Barcarolla, 2004.
- LYOTARD, J.F. **A condição pós-moderna**, Rio de Janeiro, Editora José Olympio, 2002.
- MACHADO, M.H. **Profissões em Saúde**, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1996.
- MAGUIRE, P., PITCEATHLY, C. Key communication skills and how to acquire them. **BMJ**, 2002, 325 (7366): 697-700.
- MALINOWSKI, B. **Um diário no sentido estrito do termo**. Rio de Janeiro. Record, 1997.
- MERHY, E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface – Comunicação Saúde Educação**. 2000, 6: 109-116.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**, São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1994.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia **Revista Saúde Pública**, 2001, 35: 103-109.
- PEREIRA, R.T.M.C. O ensino da Medicina através das “humanidades médicas”: análise do filme *And the band played on* e seu uso em atividades de

ensino/aprendizagem em educação médica. **Tese**. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.

_____. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas, **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2008, 32 (4): 500 – 506.

PESSOTI, I. A formação humanística do médico, **Medicina**, 1996, 29: 440-448.

QUEIRÓS, M. I. Relatos orais: do indizível ao dizível. **Ciência e cultura**, 1987, 39 (3): 272-286.

REGO, S. Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos: estudo sobre a formação ética dos estudantes de medicina. **Tese**. Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2001.

REIS, A. O. A. ; MARAZINA, I. ; GALLO, P.R. A Humanização na Saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, 2004, 36-43.

RICOUER, P. **O si-mesmo como um outro**. Campinas, Papirus, 1991.

RIDER, E. A., KEEFER, C. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. **Med. Educ.** 2003, 40: 624-629.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na Saúde – prática e reflexão**. São Paulo, Áurea Editora, 2009.

ROSSI, S.R., BATISTA, N.A. O ensino da comunicação na graduação em Medicina – uma abordagem. **Interface – Comunicação Saúde Educação**. 2006, 10(19): 93-102.

SERODIO, A., MAIA, J. A., Do humanismo à ética: concepções e práticas docentes na promoção do desenvolvimento moral do estudante de medicina. **Revista Bioética**, 2009, 17 (2): 281-296.

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, **Revista Saúde Pública**, 1995, 29(1): 63-74.

SCHRAIBER, LB; d'OLIVEIRA AFPL ; COUTO MT . Violência e Saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, 2009, 25: 205-216.

STEMPSEY, W. The quarantine of philosophy in medical education : Why teaching the humanities may not produce humane physicians, **Medicine, Health Care and Philosophy**, 1999, 2 (1): 3-9.

TURINI, B.; MARTINS N.D.; TAVARES, M.S.; NUNES, S. O.V.; SILVA, V. L. M.; THOMSON, Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica** 2008, 32 (2): 264-270.

WRIGHT, S.M., CARRESE, J.A. Which values do attending physicians try to pass on house officer? **Med. Educ.** 2001, 35: 941-945.

VELHO, G. Observando o familiar In NUNES, E.O. **A aventura sociológica – objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978, 36-46.

YEDIDIA M.J., GILLESPIE, C.C., KACHUR, E., SCHWARTZ, M. D., OCKENE, J., CHEPAITIS A.E. Effect of communications training on medical student performance. **JAMA** 2003, 290 (9): 1157-65.

Bibliografia Consultada

ANDERSON, P. **As origens da pós-modernidade**, Rio de Janeiro, Zahar, 1999.

- ARAGÃO, L. **Habermas: filósofo e sociólogo de nosso tempo**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 2002.
- AYRES, J.R.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde, **Interface Educação, Comunicação e Saúde**, 2004, 8 (14): 73-92.
- BELLODI, P. L., MARTINS, M. A., **Tutoria: mentoring na formação médica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005.
- CAMPOS, G.W.S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo, Hucitec, 1988.
- COSTA, J F. **Sem fraude, nem favor – sobre o amor romântico**, Rio de Janeiro, Rocco, 1998.
- COTRIM, B. C. Potencialidades da técnica qualitativa de grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias, **Revista de Saúde Pública**, 1996, 30 (3): 285-93.
- CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência – uma cartografia do autocuidado em diabetes**. São Paulo, Editora Unesp, 2009.
- DENZIN, N., LINCOLN, Y. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. São Paulo, ArtMed, 2006.
- DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade**. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**, Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- GRENN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**, São Paulo, Escuta, 1998.
- MARTINS, J. S. O senso comum e a vida cotidiana, **Tempo Social**, 1998, 10 (1): 1-8.
- MENEZES, R. Etnografia do ensino médico em um CTI. **Interface Educação, Comunicação e Saúde**, 2001, 5 (9): 117-132.
- MINAYO, M.C.S., SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, 1993, 9 (3): 239-262.

NEMO, P., POIRIÉ, F. Entrevista com Emmanuel Levinás. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, 1997, 5 (1): 9-38.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Tese**. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1998.

SILVA, G.S.N A construção do ser médico e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado. **Tese**. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2006.

MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. **Educação médica**. São Paulo, Sarvier, 1998.

WINNICOTT, D W. **Da pediatria à psicanálise**, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.