Pablo González Blasco

Educação médica, medicina de família e humanismo:
expectativas, dilemas e motivações do estudante de
medicina analisadas a partir da discussão sobre
produções cinematográficas

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

Área de concentração: Patologia

**Orientador: Prof.Dr. Raymundo Soares de
Azevedo Neto**

São Paulo
2002

Aos meus pais,
aos meus irmãos, à minha família
Que nutriram minha educação
Uma educação da qual o Cinema fez
parte.

ÍNDICE

Prefácio

Resumo

Summary

1. Introdução	1
1.1 O Paciente como Pessoa	2
1.2 A Pessoa do Aluno	19
1.3 A Medicina de Família: um Sistema Centrado na Pessoa	43
1.4 As Humanidades na Construção da Identidade do Médico	78
1.5 A Abordagem Qualitativa na Pesquisa	102
2. Motivação	131
2.1 Motivação e Pesquisa	132
2.2 Pacientes, Alunos e Medicina de Família: motivações concretas	137
2.3 O re-encontro com o Cinema: uma volta às raízes	149
2.4 Integrando motivações: convergindo para a pesquisa	154
3. Objetivos	158
4. Metodologia	160
4.1 Grupos de trabalho: Recursos Humanísticos na Educação Médica. (1999)	161
4.2 Projeção comentada de vídeos editados seguida de discussão. (1999-2001)	165
4.3 Curso Curricular: “O cinema para o estudante de medicina”(2001)	188
5. Resultados	203
5.1 A procura do aluno	205
5.2 A linguagem do aluno	207
5.3 A Temática de discussão: os temas levantados pelo aluno	210
5.4 As descobertas do aluno: novas perspectivas educacionais	214
5.5 As respostas do aluno: colaboração em busca de uma metodologia	218
5.6 Integrando resultados: novos paradigmas educacionais	224
6. Discussão	227
6.1 Uma reflexão que busca a convergência	228
6.2 A Missão da Universidade: educação e formação profissional	231
6.3 O universo do estudante: um esforço de compreensão	246
6.4 O Cinema como recurso educacional	261
7. Conclusões	280
8. Epílogo	282
9. Referências Bibliográficas	292

PREFÁCIO

Queria entender do medo e da coragem,
e da gã que empurra a gente para fazer tantos atos,
dar corpo ao suceder.
O que induz a gente para más ações estranhas,
e que a gente está pertinho do que é nosso, por direito,
e não sabe, não sabe, não sabe!
J. Guimarães Rosa

Escrever um prefácio implica sempre uma dificuldade. Trata-se de um prólogo a uma obra própria. Sendo a mesma paternidade –a do prefácio e a da obra– não cabem os elogios, nem mesmo a modo de apreciação conjunta, que com frequência compõe o corpo dos prólogos. Pretender resumir o que se contém na obra em questão, também não é tarefa do Prefácio, sendo esta função mais própria de um índice detalhado. Desvendar as motivações e os caminhos que se escolheram na pesquisa, é tema concernente a capítulo próprio. Finalmente, expor conclusões é igualmente fora de propósito num prefácio. Resta, pois, o reduzido universo de uma advertência, a modo de conselho, para quem se aventure na leitura da obra. E cabem, sim, os agradecimentos àqueles que nos impulsionaram neste trabalho, cuja influência precedeu, acompanhou e animou o que aqui consta.

A primeira advertência é de que este trabalho consta de duas partes, nitidamente diferenciadas, cuja leitura conjunta se torna indispensável para a apreciação da obra. A primeira parte –composta da Introdução e da Motivação– recolhe uma ampla fundamentação bibliográfica seguida de uma história de vida que reúne quase vinte anos da biografia do autor, e sem a qual não é possível entender a segunda parte deste escrito, o centrado especificamente na pesquisa. Bibliografia e vivências, transitam pelo mundo do paciente, do aluno, da Medicina de Família como foco profissional e, finalmente, do Humanismo e, em particular, do cinema como expressão artística. É, deste modo, uma história que deve ser lida com olhar biográfico, com postura reflexiva, para acompanhar o discurso narrado, do qual emerge, com naturalidade, o perfil da pesquisa. Fica, assim, sublinhada a segunda advertência.

A pesquisa propriamente dita recolhe-se na segunda parte deste trabalho, suficientemente fundamentada pela primeira, que a alimentou e lhe deu corpo. Uma avaliação educacional realizada através do cinema: este seria o núcleo da pesquisa, arriscando uma simplificação, tantas vezes necessária como resposta à pergunta frequente que se formula nestas circunstâncias, quando se inquire o tema de um trabalho semelhante. Constam, ainda, no índice deste trabalho, um capítulo dedicado à discussão, as conclusões, e um capítulo final, o epílogo, que comentando as

conclusões pretende descortinar perspectivas e apresentar desdobramentos para futuras pesquisas. A discussão recolhe a indispensável reflexão que se impõe sobre os resultados obtidos na pesquisa, e que, de algum modo, remete à primeira parte. Na reflexão juntam-se a história de vida e a pesquisa -que também é vida vivida- mostrando a unidade lógica do trabalho.

Cabe, aqui, uma terceira advertência na leitura da obra. A natureza da pesquisa aqui relatada, como se destaca na exposição da metodologia, é de caráter qualitativo. O que implica que este trabalho se destina a explicar e compreender os fenômenos que se descrevem, mais do que a comprovar hipóteses. Talvez por isso, mais do que uma advertência, este conselho seria um convite, uma incitação, para assumir um olhar qualitativo na leitura e análise da obra. Significaria isso, deixar de lado a postura habitual com que nós médicos nos debruçamos sobre os trabalhos científicos, para adotar uma atitude de abertura à compreensão do discurso. Transportar o foco de interpretação, dos parâmetros quantitativos, para centrá-lo num universo qualitativo, mais trabalhoso de focalizar por serem seus perfis difíceis de mensurar, menos nítidos. Para dizê-lo com outras palavras, o olhar qualitativo expõe a quem o adota a uma atitude arriscada. Mas é o risco da aventura fenomenológica, talvez, o risco da própria vida tecida de interrogações. Uma procura não de soluções, mas que seja princípio para a reflexão que nos conduz ao universo do desconhecido, àquilo que não sabemos. Esse era o tesouro de Sócrates, -somente sei que nada sei- educador da juventude, condenado por fazer perguntas a que ele mesmo não se aventurava a responder. Uma ciência que é também muito nossa e que Guimarães Rosa coloca no boca do jagunço: “Eu sou é eu mesmo. Diverjo de todo o mundo...Eu quase que nada não sei. Mas desconfio de muita coisa”(*). Aprender a desconfiar: pode estar aí o princípio da verdadeira sabedoria, e da qual poderão surgir as reflexões que virão dar continuidade a este trabalho.

Os agradecimentos encerram as linhas do Prefácio. Tarefa árdua, não por carecermos do sentido da justiça, mas pelo número dos que deveriam constar, e onde sempre se corre o risco de omitir alguém. Um tropeço compreensível -nem sempre justificável- pela extensão biográfica que acompanha e deu à luz este trabalho. O agradecimento aos meus pais, e à minha família deve ocupar por direito o primeiro lugar. Sem eles esta obra não seria possível pois teria faltado o contexto essencial, o cinema como elemento educador. A não ser por eles, nada do que aqui se constroeu existiria, pois faltando a vivência, não teria despertado o desejo do pesquisador. As conversas sobre o cinema, que espelham a vida diária, são um débito que temos com a família, com aqueles que convivem conosco e com quem dividimos “o miudinho de cada dia”, por dizê-lo com palavras do mesmo autor citado(*).

Tomar a decisão de confeccionar o presente trabalho, sistematizando-o e dando forma de pesquisa às vivências, teve também seus responsáveis diretos a quem agora dirijo os meus agradecimentos. Em primeiro lugar, à Professora Dra. Margareth Angelo, que desde que tomou conhecimento do trabalho informal que eu vinha realizando, insistiu-me na necessidade de fazer dele um corpo de pesquisa, e mostrou-me as perspectivas do “olhar qualitativo”, que tão bem conhece. Depois, ao

(*) J. Guimarães Rosa: “Grande Sertão: Veredas”. Ed. Nova Fronteira, 19ª edição. Rio de Janeiro, 2001

Professor Dr. Raymundo Soares de Avezedo Neto, que acolheu o meu desejo, lhe deu forma acadêmica, e soube orientá-lo propondo novos desafios que me fizeram crescer. Finalmente, ao Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian, colega de trabalho e de sonhos, nas empreitadas de Humanizar a Medicina com as quais nos envolvemos continuamente. É muito o que devo a todos eles, assim como a tantos outros colegas de trabalho que me inspiraram com suas reflexões, e para quem os meus sentimentos de gratidão sempre ficarão aquém do devido.

Os meus alunos ocupam um lugar de destaque na hora de agradecer, como motor permanente que alimentou -e alimenta- a motivação deste trabalho. Um grupo -que gosto de considerar como uma primeira geração que vai assimilando o humanismo como método de trabalho e de vida- vem à minha mente nestes momentos. Cito apenas os nomes, para manter-me, propositadamente, no ambiente familiar: Isabel, Graziela, Marcelo, Adriana, Marco Aurélio, outrora alunos, hoje médicos, que dão continuidade direta a este trabalho; assim como Denis, Carla, Ana Claudia, Thiago, também alunos que foram e que hoje, médicos, fazem desta perspectiva humanística uma postura cotidiana. Um segundo grupo, este, sim, de acadêmicos em formação, que representam as verdadeiras lideranças do esforço por humanizar a medicina no ambiente das escolas médicas: Roberto, Cristina, Fernanda, Airton, Ana Paula, Ana Cristina, Marco Antonio, Thais, Thais, Camélia, Louis, Nara, Carla, Heloisa, Tânia. E muitos outros, lideranças emergentes, mais jovens, que virão ocupar o lugar dos mais velhos, dando continuidade a um processo que é engendrado, nasce, e se reproduz no âmbito da academia, entre os próprios estudantes.

Os agradecimentos aos pacientes é dever de justiça. E faço questão de dizer aos pacientes, em plural, e não ao paciente -como se de um gênero universal se tratasse- porque quero, neste momento, lembrar-me de todos e cada um deles, com suas peculiaridades, com sua riqueza como pessoas, sempre insubstituíveis. O anonimato se impõe por discrição profissional, mas apenas no papel, pois no coração cada um tem o seu lugar, a sua cara, a sua individualidade.

E é também no coração que todos os que aqui constam -família, amigos, colegas, alunos, pacientes- sabem ponderar o valor agradecido deste meu reconhecimento. Eles sabem, eu sei, quanto lhes devo e, talvez, quanto me devem a mim. Um dever que não é dívida, mas afeto, relação, sonhos e perspectivas compartilhadas, dificuldades divididas, conquistas realizadas. O grande universo da solidariedade -do carinho!- que nos faz crescer, nos aproxima de Deus, e nos impulsiona para viver a vida, sem cansaço, com alegria, fazendo por merecê-la.

P.G.B.
São Paulo, 24 de Fevereiro de 2002

RESUMO

O presente trabalho é um estudo da utilidade que o Cinema oferece como recurso na Educação Médica inserido num contexto humanístico, na sistemática acadêmica da Medicina de Família. O autor desenvolve, na primeira parte da obra, uma extensa fundamentação da pesquisa através de uma reflexão sobre as diversas realidades que rodeiam o médico que, sendo também educador, propõe-se ensinar atitudes e valores humanísticos aos alunos. O itinerário reflexivo percorre as várias situações onde se descreve o encontro com o Paciente, com o Aluno, com a Medicina de Família e, finalmente, com o Humanismo, para chegar até o Cinema como manifestação particular das humanidades e possível recurso educacional. As extensas referências bibliográficas, às que se somam as experiências biográficas e motivações do autor, levantam questionamentos e interrogações que fundamentam e justificam uma pesquisa de ordem filosófico e humanista, como a apresentada neste trabalho. Sublinha-se, neste ponto, que o Humanismo deve ser para o médico fonte de conhecimentos, uma verdadeira ferramenta de trabalho. O corpo da pesquisa segue uma abordagem de natureza qualitativa –perspectiva que é também explicada e justificada na obra- e tem como objetivo avaliar a possível utilidade do Cinema como recurso educacional. O cenário da pesquisa instala-se em diversos contextos educacionais, utilizando vídeos editados com cenas de filmes comerciais que são projetados a grupos de alunos, acompanhados de comentários do professor, seguindo-se uma discussão do grupo participante. A análise de resultados revela várias categorias de temáticas emergentes, constando-se, em primeiro lugar, como através desta experiência é possível criar um espaço apropriado para a discussão das expectativas, dilemas e motivações do aluno, permitindo uma compreensão do universo no qual o estudante está imerso. Nota-se também que o contato com o cinema facilita a expressão afetiva do aluno, inserido como está numa cultura que prioriza a emoção, a imagem concreta, as histórias de vida e os exemplos pontuais que decorrem de situações determinadas. Através desta experiência educacional instala-se uma linguagem de comunicação onde o professor pode transmitir valores e fomentar atitudes, e o aluno consegue representar as realidades vividas, simbolizando-as no cinema. Deste modo, a experiência com o cinema propicia trabalhar as motivações do estudante a partir da sua dimensão afetiva, fomentando atitudes e promovendo nele o hábito da reflexão, que são a base de uma educação humanista e elementos essenciais para o seu processo de formação como médico e como pessoa.

SUMMARY

The purpose of this academic work is to study the value of using cinema (movies), set in the context of Family Medicine, as a humanistic resource in medical education. In the first part, the author grounds the research by reflecting on the several realities that surround physician-educators who want to teach students about attitudes and humanistic values. The reflexive itinerary of this work addresses several sets of relationships - here called “encounters” - by describing the encounter with the patient, the encounter with the students, the encounter with the discipline of family medicine, and lastly the encounter with humanism, finally reaching cinema in particular as a possible educational resource. In each “encounter” the author’s summarizes his own experiences using a reflective approach, enlarged upon them using the bibliography, and develops several questions and inquiries for justifying a research project such as this one, displayed from a philosophical and humanistic perspective. Humanism as a source of acquaintance and as a daily work tool for doctors is stressed at this point. The research design is utilizes a qualitative perspective, which is also justified, and attempts to appraise the usefulness of movies as educational resource. The research scenario includes several educational contexts in which movies scenes are edited as clips and shown to the students along with the faculty’s commentary, followed by discussions among the group. Results analysis discloses various categories of emerging subjects. First, this experience works to create room in which students’ expectations, dilemmas and motivation can be discussed, more comprehensively addressing the universe in which students are immersed. Exposing students to this cinema experience facilitates their affective expression, since they are raised in a culture which prioritizes emotions, images, life stories and role models coming from specific situations. A real means of communication is established and through it faculty can teach about values and foster attitudes, and the students are able to represent their own reality, symbolized for them in the movies’ “realities”. The educational cinema experience herein related helps students to deal with the aspects of their motivation that emerges from the affective domain, is useful in promoting new attitudes and reflection, and nurturing essential features related to their development process as doctors and human beings.

[JF1] Comentário: Comment: In English it is often difficult to decide when to use "which" and when to use "that". In general, here is the rule: Use "that"; if it still makes sense, then "that" is preferred; if it no longer makes sense, use "which".

[JF2] Comentário: I am not really sure of the meaning here -- are we still talking the author's BIOGRAPHY, or the study's BIBLIOGRAPHY?

[JF3] Comentário: Do you mean "images" or "imagination"?

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 O PACIENTE COMO PESSOA

O paciente vivenciando a doença

Não vemos as coisas como são, mas como nós somos

E.Kant:

É de todo ponto de vista evidente que o doente não se esgota na doença. Estar doente é uma condição, e não um modo de ser. A condição de estar doente será vivenciada de acordo com o ser –no sentido metafísico, ontológico da palavra- de quem é afetado por ela. . Daí que a doença se nos apresente sempre personalizada, instalada em alguém concreto, numa pessoa determinada, que vivenciará a sua doença de acordo com o seu ser pessoal.

KLEINMAN et al. (1978), abordam esta questão, apontando a distinção importantíssima entre a doença (disease) por um lado, e o estar doente, a vivência da doença por parte do paciente (illness) por outro. A doença é da competência das ciências médicas, da patologia, fisiopatologia, e da terapêutica, que apontará as possíveis soluções. Mas a vivência tem uma relação com o mundo do paciente que

sente e vive a doença. Um universo onde é preciso penetrar para poder lidar –e cuidar- de alguém que é acometido por uma moléstia.

Os autores notam que esta dicotomia existente, faz com que o paciente procure caminhos alternativos para a cura. E sublinham que é obrigação do médico adquirir uma maior compreensão da enfermidade e de como o paciente sente e vive sua moléstia, através de uma visão mais antropológica e humanista da ciência médica. E advertem que, se o médico técnico (com visão biomédica apenas) é insuficiente para cuidar do paciente; igualmente seria indesejável a procura da compreensão das vivências do paciente, descuidando os aspectos técnico-científicos. Postulam, como conclusão, a necessidade do que denominam equilíbrio correto entre doença (disease) e enfermidade (illness), para poder ajudar o paciente na sua realidade concreta, no seu “estar doente” (sickness). Este interessante estudo apresenta bases explícitas do conceito inicialmente abordado, a personalização da doença. E as considerações e distinções apontadas pelos autores, não são de ordem simplesmente semântica, mas possuem uma raiz profundamente fenomenológica.

O paciente vivencia sua doença, e deseja ser ajudado e curado, com os melhores recursos disponíveis. Mais do que nunca, o paciente não é alheio aos progressos técnicos, e assume, cada vez mais, uma atitude participante ou, pelo menos, colaboradora, no seu próprio tratamento. Mesmo assim, esta postura “ativa” do paciente, permanece inserida na vivência que ele tem da doença. Deste modo, resulta por de mais interessante o estudo de KIERAN et al. (1998) que aponta a necessidade que o médico tem de possuir as melhores evidências técnicas para tratar o paciente, e, ao mesmo tempo, a arte para fazê-las chegar até ele, para colocar-se, com essas evidências, dentro do contexto do paciente.

Os autores explicam como o progresso técnico, e os avanços na investigação rendem multidão de trabalhos e um número incontável de informações. Torna-se preciso apurar estas informações de modo racional, obtendo as melhores evidências científicas para aprimorar a função do médico. Surge a Medicina Baseada em Evidências como qualidade da informação. E com esta novidade, coloca-se perante o médico um novo desafio: fazer chegar esta qualidade técnica até o paciente, em

linguagem inteligível. Uma outra abordagem da mesma questão que a postura do paciente levanta: a personalização da doença.

Trata-se de algum modo de “dissolver a técnica em humanismo” para que o paciente a possa assimilar. E o humanismo traduz-se, neste caso, em contemplar outros níveis de significância além dos convencionais utilizados em estudos epidemiológicos e clínicos. Assim ao valor de significância estatística –que confere alto nível de evidência a um estudo–, segue-se o nível de significância clínico, isto é, o grau em que é possível aplicar este estudo à população e ao paciente em questão. E vem somar-se um terceiro nível de significância, denominado pessoal, como uma terceira dimensão que se pode resumir no significado que para um paciente determinado tem a sua doença, o tratamento proposto, e o prognóstico estabelecido. Os autores concluem que este terceiro nível, de caráter claramente subjetivo, tem uma importância peculiar para o paciente. Por isso, são os valores, atitudes, crenças, medos e expectativas do paciente os que determinarão, em último termo, a eficácia do tratamento e, evidentemente, a adesão ao mesmo.

Destaca-se deste modo que o paciente não é inerte, um receptor passivo de informações. mas tem o seu modo próprio de interpretar a sua doença, e interferir no tratamento. O ponto crucial relaciona-se com a habilidade e destreza do médico para aplicar as evidências àquele paciente concreto na interação individual. Reconhecem os autores a dificuldade que os médicos tem em lidar com esta nova variável, principalmente numa época como a nossa em que “a novidade é irresistível e as respostas que não são numéricas, não parecem respostas”.(textual). O papel do médico é avaliar as evidências com critérios lógicos (cognitivos), mas também com uma abordagem subjetiva (intuitiva), onde entram os sentimentos, experiências, contextos, e apreciação vital. Trata-se de um trabalho dialético, modulado também pelo contato com o paciente que se vai conhecendo, construindo-se assim um verdadeiro estilo de comunicação.

Adoecer biográfico da pessoa: doentes e não doenças

A personalização da doença não é uma descoberta científica, mas o fruto de uma reflexão antropológica, à luz clássica da filosofia. É adotar uma perspectiva a partir dos conceitos da filosofia do homem, para o estudo da doença, do paciente, e como consequência do papel que cabe ao médico. Parece, pois, conveniente, um breve esclarecimento terminológico de conceitos antropológicos –pessoa, biografia, liberdade, dignidade- que permitirão o enquadramento e fundamentação do raciocínio.

Lembra VERNAUX (1985) a definição clássica de Pessoa Humana, com palavras de BOECIO (480-524): “pessoa é uma substância individual de natureza racional”, o que significa que a pessoa é desde o seu início um ser completo, acabado, fechado na sua existência, embora não no seu atuar. A pessoa possui intimidade, é incomunicável no seu ser, insubstituível, único como tal. Cada pessoa é essencialmente diferente; repete-se a natureza (humana) mas não a pessoa. Cada pessoa é portanto única e dessa singularidade nascem os valores da liberdade e dignidade, compêndio de todos os outros valores e direitos.

Entender o papel da liberdade humana, onde se assenta a dignidade da pessoa, é ponto crucial na tentativa de estudar a doença personalizada nesta perspectiva antropológica. Seguir a metodologia didática tão própria dos filósofos, o discurso exemplificado, esclarece a questão.

Os animais regem-se pelo instinto. Quando solicitados por um objeto -por uma necessidade fisiológica qualquer (alimentar-se, reproduzir-se, fugir de um perigo)- sua resposta é sempre a mesma. O animal não escolhe, seu comportamento é perfeitamente previsível. Desse modo não “age mal nem bem”, nem é responsável pelos seus atos, de onde carece de mérito ou culpa. A resposta dos irracionais já vem “formatada” da fábrica, para dizê-lo numa linguagem atual. Não existe, por exemplo, gula no animal: comerá o necessário, não mais; mas também não existe possibilidade de heroísmo, como seria deixar de comer para que outro o faça, ou, então privar-se do alimento para atingir uma finalidade maior (fazer regime, para colocar um

exemplo cômico); nem é capaz de maldade, roubando a comida a alguém que a necessita, estando ele já satisfeito.

No homem, que também tem instinto, a racionalidade vem modelar seu lado animal. E como o homem é livre, escolhe sempre, pode agir mal ou bem, sempre é responsável e, por tanto, acumula mérito ou culpa. A racionalidade confere ao homem uma certa “independência” sobre o instinto, situa-o num plano superior onde o homem escolhe através da sua liberdade. E nessa escolha se engrandece ou se degrada: esse é o preço da liberdade. As respostas do homem são sempre imprevisíveis, dependem da sua liberdade, e por isso são originais, criadoras. O homem, que também deve atingir o fim da sua existência, o faz de modo livre, não necessário como no caso dos animais. O homem não vem “formatado” da fábrica, mas possui -segundo nossa metáfora informática- a possibilidade de auto-programar sua resposta, de elaborar um “sistema operacional próprio” para as respostas livres. Em poucas palavras esse é o cerne da questão da liberdade humana e da dignidade que dela decorre.

Deste modo é fácil entender que sendo as respostas dos irracionais previsíveis, carecem de originalidade, são respostas “próprias daquela espécie”. Um determinado ser irracional de hoje, por exemplo, é o mesmo que o do século XVI e será o mesmo no século XXV. Pode mudar a espécie, com mutações, mas dentro daquela espécie o comportamento será sempre o mesmo. Não existe biografia desse irracional, como não existe a de um vegetal. A biografia de um membro da espécie é a biografia de todos: simples descrição de comportamentos e mecanismos biológicos igualmente formatados.

No caso do homem as respostas são livres e, desse modo, únicas. Cada homem, mediante sua liberdade, cria as respostas -atitudes, decisões, posturas na vida- e com elas constrói a sua biografia. Não há biografia dos irracionais; apenas descrição da espécie. Os homens, todos, têm uma biografia única e irrepetível, pois dentro da sua espécie e da natureza humana, o comportamento livre de cada homem lavra a sua biografia. Cada homem é único e cada momento da vida de cada ser humano é também único. Não pode ser re-editado, nem reproduzido. A história de um animal é a história dessa espécie, continuamente re-editada; a história dos

homens é a riqueza das biografias de cada ser humano, que acumula cultura, progresso, vivências.

De um modo poético exprime esta idéia uma escritora contemporânea (TAMARO, 1996): “Somos seres humanos, cada um de nós nasce com um rosto diferente dos demais, e esses rostos os levamos conosco pela vida afora. O antílope nasce com cara de antílope, o leão com cara de leão, são iguais, idênticos a todos os outros animais da mesma espécie. Na natureza, a aparência permanece sempre a mesma, ao passo que o rosto é algo que só o homem tem, mais ninguém. (...) No rosto há tudo. Nele, há a sua história, seu pai, sua mãe, seus avôs e bisavôs, pode até haver um parente distante de quem já ninguém se lembre. Atrás do rosto há a personalidade, as coisas boas e as não tão boas que o indivíduo recebeu dos antepassados. O rosto é nossa primeira identidade, aquilo que nos permite uma acomodação na vida, dizendo: ‘aqui estou eu’.”

Também ORTEGA y GASSET (1930), aprofunda no mesmo conceito, com uma perspectiva histórica e cultural. “As pobres bestas acordam cada manhã tendo esquecido quase tudo o que viveram no dia anterior, e o seu intelecto tem de trabalhar com um mínimo material de experiências. Por isso, o tigre de hoje é idêntico ao tigre de seis mil anos atrás, porque cada tigre tem de começar de novo a ser tigre como se não tivesse existido nenhum tigre antes dele. O homem, porém, pela sua capacidade de lembrar, acumula seu próprio passado, o possui e o aproveita. O homem não é nunca um primeiro homem: começa a existir já a partir de um patamar de passado acumulado. Este é o tesouro do homem, verdadeiro privilégio.” Em outras palavras, cada homem, com suas respostas e atitudes livres, constrói sua biografia. Por ser um homem um ser biográfico, é possível falar de uma cultura e de uma história dos homens, perspectiva de todo impossível em se tratando de seres não racionais.

Esta aproximação da pessoa nos oferece um referencial adequado e uma perspectiva de análise do que é a personalização da doença, e a atitude que se requer do médico como resposta: uma atuação médica centrada na pessoa, no caso, a pessoa doente, o paciente.

Os estudos médicos, a ciência que chega até nós através de tratados e publicações oferece naturalmente um material despersonalizado. Isso é correto e tem de ser assim, pois quando se descreve, por exemplo, uma patologia ou uma terapêutica, carecem de importância as particularidades da pessoa que sofre aquela afecção ou que se beneficiaria do tratamento. É preciso descrever e transmitir, com a ciência e a técnica, as generalidades comuns a todos os que possuem determinada moléstia. Estes estudos objetivam a parte material do homem, o comportamento “de espécie”, no qual o homem também não tem biografia. Não se pode escrever a biografia de um fígado, cérebro ou supra-renal humanos, porque o seu comportamento é exatamente o da espécie, mesmo quando alterado por uma patologia, neste caso com uma alteração também “própria da espécie”. O comportamento do corpo humano — ou, mais precisamente, dos elementos isolados desse corpo — obedece à espécie humana.

Porém, não se deve esquecer que esse comportamento — que, estudado a frio, na estatística ou na patologia, é algo despersonalizado — existe na realidade “inserido” num ser pessoal que confere ao mecanismo fisiológico mais ordinário possível, a característica da personalidade daquele sujeito concreto. Por isso existe um fundamento de ordem metafísica para dizermos que existem doentes e não doenças. As doenças são “o comum”, o que nós —médicos e pesquisadores— abstraímos de um ser pessoal doente, que nunca é comum, mas é único porque é pessoa.

Médicos e pesquisadores correm o risco de, por trabalharem com as estatísticas e as patologias, esquecer que a patologia não existe “em si”, mas para dizê-lo de um modo gráfico, “mora de aluguel” numa pessoa, cuja importância e unicidade é total e absoluta. A doença se dá sempre em alguém, reveste-se da personalidade do sujeito doente. Os tratados de medicina são uma “abstração” da realidade, justo modo de proceder na análise daquilo que se refere à espécie. Cabe ao médico ter presente que as patologias com as quais se depara, são patologias “encarnadas” em alguém que tem uma personalidade concreta e de quem tem que cuidar. O médico cuidará bem do seu paciente se conhece a doença e os seus mecanismos; e, ao mesmo tempo, se não perde de vista que ali está uma pessoa,

alguém com dignidade, livre, um alguém que padece, inserido num contexto de valores e perspectivas determinados.

Uma vez fundamentado a partir da perspectiva antropológica a singularidade da doença, que surge sempre personalizada em alguém, e, portanto, revestida da personalidade e condições da pessoa que é por ela afetada, coloca-se o interessante problema de saber como incorporar nesta perspectiva os conhecimentos e evidências científicas. Por outras palavras, o problema de saber como integrar ambos os conhecimentos, para cuidar satisfatoriamente daquele paciente em particular.

ROSER (1999) aponta que o atendimento médico, para centrar-se no paciente e não apenas na doença, deve contemplar a integração das evidências científicas com o contexto do paciente. MANT (1999) acrescenta que entender a pessoa no seu contexto é tão importante como entender a efetividade da intervenção. No mesmo sentido WEEL et al. (1999) esclarecem que o objetivo da evidência é a intervenção, mas como o objetivo da intervenção é o paciente, deve-se distinguir a dimensão da doença da dimensão pessoal na hora de tomar decisões e, na prática, intervir. Essa postura integradora do médico, unindo os conhecimentos provenientes de este binômio amplamente analisado até aqui, faz com que, perante as mesmas queixas e entidades patológicas, haja intervenções diferentes, onde o médico deve contar também com a sua própria experiência e com a compreensão do contexto do paciente, visto que a maioria das evidências estão centradas na doença, quando não no próprio órgão doente (CULPEPPER et al, 1999)

Surge a pergunta inevitável, na prática clínica: como percorrer o caminho de volta, do manual de Patologia, do estudo impessoal da doença, até o doente, aquele doente específico, acometido pela moléstia? Qual é o caminho que o médico deve palmilhar para atingir uma atuação profissional revestida de caráter pessoal? O estudo deste itinerário, onde aparecem as atitudes do médico, em forma de forças personalizantes para chegar até o paciente, merece um capítulo à parte.

Conhecendo o paciente para cuidar dele: dimensão personalista do médico

Nihil humanum alienum me est

Terêncio

O conhecimento do paciente, saber com quem está lidando, é a primeira atitude do médico que o conduz à dimensão personalista. McCORMICK (1996), num ensaio onde analisa o desaparecimento do médico pessoal, conclui que conhecer a pessoa que tem a doença é pelo menos tão importante como conhecer a doença que tem aquela pessoa.

O mesmo autor comenta que a experiência da doença reduz o paciente a uma dependência de crianças. Surge a necessidade de cuidar dele, para tirar, ao mesmo tempo, a dor da doença e a dor que a incerteza provoca. O homem doente requer uma explicação da dor que lhe lembra sua condição mortal. A medicina atual delega responsabilidades, distribui trabalhos, procura eficácia. Entram em jogo equipes, normas e códigos, cuja efetividade ninguém questiona; mas, quando mal conduzidas, são uma verdadeira ameaça para o relacionamento pessoal com o paciente. O que o médico não pode é delegar uma função que cabe a ele, e em que o paciente faz questão de depositar aquela sua confiança perante a qual o médico deve responder à altura. Em frase conhecida, uma confiança perante uma consciência, representando o núcleo da relação médico paciente.

O paciente é um bom diagnosticador do relacionamento com o seu médico, e sente-se mais seguro com um médico sábio do que com um médico treinado artificialmente. Sabedoria, pois, que é conhecer a pessoa para poder cuidar dela com competência. (FOX, 1965)

A doença é um fator desestabilizador na vida do paciente. O médico, cuja função é também cooperar para procurar que se restabeleça esse equilíbrio, tem no conhecimento do paciente no seu contexto um ponto de partida necessário para os seus trabalhos. Por isso, conhecer o paciente significa estar disposto a estudá-lo como um todo, em abordagem geral e completa, mantendo-se atento para que a

dimensão científica e o conhecimento técnico que possui das doenças, não o impeçam de contemplar o paciente como um ser único, irrepetível, do qual não se pode esperar uma reação “profissional”. Perante a doença o paciente e a família são sempre amadores, cabendo ao médico a única atitude profissional que se pode esperar. Esperar do paciente -ou da família- uma reação profissional quando surge a doença é ingenuidade, quando não incompetência do médico que não captou a situação real: a doença é sempre um evento imposto, compulsório, e incômodo. Ninguém escolhe ficar doente (BLASCO, 1997).

O conhecimento do paciente permite ao médico ser um ponto de referência quando surge a doença. Daí o papel não incomum de consultor que o médico exerce e para o qual é solicitado, quando o que impera é o conhecimento da pessoa doente. A atitude representada pela disponibilidade e compreensão do contexto, torna o médico que assim atua um verdadeiro interlocutor entre o paciente e a doença. Compreende-se deste modo a denominação “Médico de Cabeceira”, que era utilizada no passado; um verdadeiro *vademecum* em questões ordinárias de saúde.

Conhecer o paciente, poder estudá-lo como um todo, oferecer ajuda: tudo são destrezas que o médico deve possuir e que condicionam a eficácia da sua ação. MARAÑÓN (1957) chama a atenção para a importância desta atitude que implica verdadeira competência clínica. “Em várias ocasiões –observa- fiz notar, tanto como muitos outros clínicos europeus, que um sistema diagnóstico puro, deduzido exclusivamente de dados analíticos, desumanizado, independente da observação direta e entranhável do enfermo, leva implícito o erro fundamental de esquecer a personalidade, que conta tanto como as mesmas etiologias para estipular o prognóstico do paciente e para saber o que nós médicos podemos fazer para aliviá-lo. A personalidade é mais uma etiologia.”

ORTEGA (1921) adverte que o conhecimento necessário para adquirir a verdadeira perspectiva de algo ou alguém requer uma distância análoga à que se necessita quando o que se quer observar é, por exemplo, o conjunto arquitetônico de uma catedral e não as porosidades e características das pedras com que foi

construída. Cada situação nos impõe uma distância peculiar que permite observá-la no seu conjunto e que se denomina respeito.

Esta distância é condição imprescindível para exercitar a reflexão sobre o que se observa, atitude que caminha paralela à do conhecimento do paciente. Uma reflexão que permite as cristalizações necessárias, verdadeiras reações espirituais, que enriquecem e aparam as arestas da pessoa e precisam de calma, ócio profundo, um não fazer nada para deixar que germine o fruto (ORTEGA, 1926). Deste modo é possível progredir no conhecimento da pessoa, no caso o paciente, penetrando no contexto do interlocutor, em atitude que se assemelha à contemplação própria do filósofo, do humanista, incorporando as experiências através da reflexão. Neste ponto é esclarecedor o comentário de UNAMUNO (1979): “O passado é apenas passado para os que vivem no tempo fugitivo, para aqueles que passam pela vida como um móvel pela sua trajetória, como a terra pela sua órbita, perdendo a posição passada em cada nova posição. É preciso viver recolhendo o passado, guardando a série do tempo, recebendo o presente sobre o tesouro do passado em verdadeiro progresso, não em simples processo”.

O contínuo recurso a pensadores humanistas, estudiosos do homem, para explicitar a compreensão sobre o tema que nos ocupa, é um indicador das fontes antropológicas que auxiliam nossa tarefa de estudo e a aproximação personalista do paciente.

O paciente sabe distinguir se o médico consegue chegar no mundo dele, se está realmente fazendo um esforço por ver a doença do ponto de vista dele, paciente. E o julgamento do paciente é certo e implacável. O médico que sabe recorrer a estas fontes humanistas toma consciência da sua função integradora e de que o seu paciente é um ser singular e irrepetível. Vê-se, assim, nitidamente que cumpre propor a formação humanística como complemento indispensável na atuação do médico, como resposta às solicitações do próprio paciente.

Embora o tema seja desenvolvido mais adiante, é oportuno frisar que formação humanística não é querer dar soluções filosóficas à doença, alienando-se

do progresso técnico; mas integrar o progresso dentro de uma postura essencialmente humana, não esquecendo que o objeto do trabalho é uma pessoa doente, pessoa individual, com suas peculiaridades e circunstâncias. Somente assim é possível estabelecer uma relação médico-paciente eficaz, frutuosa e terapêutica, apoiada na solidariedade de quem, em todo momento, vê o doente como pessoa.

STANGE et al.(2001) apresentam uma tentativa de sistematização que integraria as várias dimensões necessárias para uma atuação competente do médico, até aqui mencionadas: conhecimento de evidências científicas, conhecimento do paciente, e conhecimento próprio facilitado pela reflexão.

Neste elegante estudo, os autores comentam um modelo que denominam os quatro quadrantes do conhecimento. Por um lado, posicionam os quadrantes referentes à realidade que chamam externa. É o conhecimento da doença (disease) e dos sistemas de saúde no seu aspecto organizacional que permite estabelecer prioridades na abordagem das doenças. Apontam que o conhecimento científico –entendendo como tal os estudos convencionais no ambiente médico, epidemiológico, clínico, e de políticas de saúde- traz subsídios para crescer nestes dois quadrantes do conhecimento.

Por outro lado, situam os quadrantes referentes à realidade denominada interna. Um quadrante é o correspondente ao conhecimento do paciente e do seu contexto familiar e comunitário, assim como os valores vigentes e a vivência da doença (illness). O último quadrante refere-se ao conhecimento próprio do médico, através de uma postura habitual de reflexão, atitude que denominam de *reflective practice*. A integração destes quatro quadrantes constitui a base do método clínico centrado no paciente e, na opinião dos autores, o núcleo da Medicina de Família (*Family Practice*).

Antropólogos, humanistas, pensadores e pesquisadores especializados em atenção primária ao paciente, fazem convergir nossa atenção para uma questão relevante que poderíamos resumir assim: a compreensão do fenômeno da doença instalada numa pessoa determinada, exige do médico uma metodologia que requer

novos paradigmas na abordagem do paciente. O estudo do que denominamos forças personalizantes –atitudes do médico- ilustrarão melhor esta questão.

As forças personalizantes: aproximando-se do paciente

Mais importante que aquilo que o médico faz
é o que o paciente pensa que o médico faz
William Osler

Este pensamento de Sir William Osler resume bem o conjunto de atitudes que o médico deverá assumir, as denominadas forças personalizantes, que o aproximarão do paciente. É um argumento clássico, contundente, sem dúvida subjetivo, aparentemente pouco científico; mas é o que em última análise, acaba regendo a relação médico-paciente. Esta atitude prende-se com aquilo que Pascal chamava os motivos do coração, que a razão não entende. Para o paciente traduz-se numa atitude de conjunto na postura do médico, perfeitamente integrada naquilo que Marañón chama gesto. Algumas considerações sobre os diversos fatores que integram esta atitude ajudará na reflexão e na análise dos componentes, sem pretender esgotar o tema.

O interesse real do médico pela pessoa doente é o primeiro passo. ORTEGA (1925) explica em que consiste este interesse. “É preciso ser vitalmente curioso de humanidade, e desta na forma mais concreta: a pessoa como totalidade, como módulo individual de existência. Sem esta curiosidade, passarão diante de nós as criaturas mais sublimes e nem repararemos (...) A aptidão para interessar-se por uma coisa, por aquilo que ela é em si mesma e não apenas pelo proveito que nos pode trazer é o dom magnífico da generosidade que floresce somente nos cumes da maior altitude vital.”

É o interesse do médico pela pessoa concreta, a ponte que poderá salvar, o natural espaço existente entre a ciência, conforme acima fica dito, objetiva e despersonalizada, atenta aos aspectos materiais comuns, e o paciente, pessoa que

possui uma dimensão que transcende a materialidade. Como bem adverte FRANKL (1986), quando o médico não consegue servir de ponte “humanizadora” da ciência, a responsável pelo insucesso não é uma ciência desumanizada, mas a incompetência do médico.

O interesse implica a necessidade de **preparar o espírito** antes de se defrontar com o paciente, limpando o ânimo de distrações, para dedicar-se ao paciente que está na sua presença. Parece um aspecto óbvio; mas, por vezes, pode ser esquecido na rotina metodológica do clínico e do pesquisador. “Por que está ele aqui, à minha frente? O que espera de mim?”. Esta simples frase, que coloca o centro do relacionamento no paciente, pode ser um bom lembrete com força personalizadora e humanizante. Acertadamente resume esta atitude MARAÑÓN (1966), centrando esta limpeza de distrações numa analogia extremamente plástica, representada pelo tapete que se coloca à porta de um lar, com dupla finalidade no entender dele: uma, evidente, que consiste em limpar o calçado; outra, oculta, preparar o espírito para adentrar-se na intimidade alheia. “Como médico tive de visitar centenas de lares desconhecidos e nunca bati à porta sem emoção. Cada casa é um mundo, diferente do mundo externo; e em qualquer delas pode a nossa alma encontrar uma faceta nova para sua vida e, talvez, o seu destino. Sempre pensei isto enquanto esfregava os meus pés com unção, tivessem ou não barro, no capacho do umbral que nos prepara para a intimidade”

Esta preparação dispõe o médico para poder **olhar o paciente com carinho**, o que no entender de BÜCHNER (1966), é o **núcleo do encontro existencial com a pessoa doente**. “Nosso primeiro e mais nobre ofício é o de tomar completamente a sério o homem como organismo, mas também abranger o homem por inteiro, no meio da sua forma de ser. Primeiro amarmos o homem como organismo e observarmos cheios de amor e atenção -como uma mãe observa a respiração e o palpar do filho adormecido- a circulação sanguínea, a respiração, a temperatura do corpo, as secreções do subconsciente, tudo o que nos foi encomendado. O encontro com o corpo humano, levado verdadeiramente a sério é, muitas vezes, o modo do nosso encontro existencial com o homem e, no trabalho do médico, a forma de expressão do supremo humanismo”

Produzido o encontro existencial, a sustentação de uma relação personalizante está na dependência de atitudes que incluem **afeto, dedicação e entusiasmo** por parte do médico, que faz com que o paciente se saiba acompanhado. MARAÑÓN (1957) adverte que estas atitudes que sustentam a ponte entre a ciência e o paciente estabelecida pelo médico, devem permanecer a despeito das insuficiências que a própria ciência apresenta na resolução dos problemas apresentados pelo paciente. A ausência de respostas técnico-científicas não exime o médico destas atitudes perante o doente. “Sempre disse àqueles que trabalham ao meu lado que nunca devem esquecer que cada coisa que nós, os médicos sabemos devemos procurar sabê-la com a maior exatidão possível mas sem perder de vista o seu valor provisório. O vazio que surge entre a imperfeição da verdade que possuímos e a verdade que almejamos conseguir, deve ser preenchido com entusiasmo, boa fé e, acima de tudo, com doses abundantes de modéstia”

Na verdade, centrar a Medicina na pessoa, é levar sempre em consideração que **o paciente é o verdadeiro protagonista** da relação que estamos estudando. MENDEL (1984) comenta essa questão na sua magnífica obra “Os pacientes –diz ele- querem ser escutados e que se demonstre interesse por eles; querem que se faça por entender o que pensam, o que sentem, mesmo sem ter de dizê-lo. O médico tem de saber se o paciente está ou não satisfeito com os serviços prestados. Este tipo de relação é impossível se o médico está convencido de ser uma estrela cabendo ao paciente apenas admirá-lo. Todos temos a inclinação para pensar que somos o centro do Universo”. E acrescenta pouco depois: “Tratar os pacientes é coisa que começa muito antes de entrar em contato com eles. Começa com muito estudo, mas, sobretudo, com uma correta atitude profissional para com eles. Não estamos julgando nesse momento a importância do médico. O paciente é a verdadeira estrela e o médico está ali para servi-lo. Desde o momento em que o paciente entra no consultório o médico deve pôr em jogo toda sua sabedoria e toda a sua ciência, como se estivesse tratando da pessoa mais querida e próxima. Colocar em jogo o melhor de nós mesmos significa tocar cada nota como deve ser, com a ênfase correta, com o tom e o impulso que é preciso. E isto não apenas a primeira vez, mas em todas as consultas posteriores”

A modo de conclusão: aprendendo com o paciente

O encontro com o paciente, quando amplificado pela reflexão, traz elementos que enriquecem a perspectiva vocacional do médico, renovando a motivação profissional, e iluminando a ação médica que deverá ser construída à luz de paradigmas que convergem no paciente –a pessoa doente- como elemento unificador da função do médico.

Assim, contemplar a doença na sua versão personalizada –que inclui e abraça o vivenciar da doença por parte do paciente- estimula o médico a situar-se no contexto do paciente, para entender com plenitude a realidade do adoecer biográfico. Mediante o conhecimento da pessoa que tem a doença, é possível ao médico desempenhar o papel de interlocutor –muitas vezes, de verdadeiro intérprete- entre o conhecimento científico que possui e o universo do paciente, em verdadeiro “arco voltaico de troca de informações”. A solidariedade com o ser humano que sofre — o paciente — é conquista importantíssima, verdadeira competência profissional, que situa o médico diante do doente na perspectiva correta. Uma solidariedade que é cordialidade, concórdia, “coração com coração” no dizer de ORTEGA.(1927). Esta função personalizante que o médico exerce, através da sua atitude, integra o núcleo do verdadeiro humanismo médico, base da medicina humanizada solicitada pelo paciente.

Os desdobramentos que as conclusões do encontro com o paciente apresentam são múltiplos, e convergem para uma questão comum: como preparar o médico para desempenhar bem o seu papel no encontro com o paciente? Quais são os recursos educacionais que se deverão empregar para qualificar o médico nesta função peculiar? Como se verá mais adiante deste ponto arranca uma das motivações para a pesquisa desenvolvida neste estudo.

Por ora, vale adiantar que será necessário empenhar-se em formar o médico numa perspectiva que denominamos anteriormente bifocal (BLASCO, 1997), onde se possa, de um lado, favorecer o conhecimento técnico que trazem as evidências científicas, e do outro, ensinar a aplicação prática e personalista deste conhecimento,

através de um conhecimento, também científico, do paciente que precisa dele. E também é importante, por ora, advertir que as questões levantadas na reflexão do encontro com o paciente não são detalhes que raíam no idealismo, difíceis de serem vividos na prática. Como lembra, de modo poético, D'ORS (1915) a união do ideal com a realidade é possível quando se possui metodologia, conhecimento, e, naturalmente, empenho e interesse que compromete a vida como missão, em perspectiva vocacional. “Qualquer ofício se torna filosofia, se torna arte, poesia, invenção, quando o trabalhador dá a ele a sua vida, quando não permite que essa vida se parta em duas metades: uma para o ideal, outra para os afazeres quotidianos, antes converte a tarefa diária e o ideal numa mesma coisa que é, simultaneamente, obrigação e liberdade, estrita rotina e inspiração constantemente renovada.”

1.2 A PESSOA DO ALUNO

A universidade deve ser a projeção institucional do estudante

Ortega y Gasset

Querendo entender para educar: Um espaço para a discussão.

Para poder educar é preciso antes entender aquele que se pretende educar. E, para entendê-lo, torna-se necessário um espaço apropriado que permita o mútuo conhecimento entre educador e educando. As experiências vividas através da história do encontro com o aluno mostram no seu conjunto que este espaço deve ser construído com a iniciativa do professor, e secundado pela colaboração do aluno. O contato propiciado pelo espaço curricular convencional, quando existe uma preocupação primordial em desenvolver um determinado programa de objetivos cognitivos –por sinal, cada vez mais amplos- nem sempre é satisfatório, e se torna insuficiente para o que aqui propomos.

Por outro lado, estabelecer uma dinâmica que promova seminários, permitindo uma discussão ampla entre os alunos, com a presença de um professor orientador, constitui um recurso eficaz para avaliar o processo de aprendizado. Facilita-se a reflexão conjunta dos envolvidos no cenário da educação médica sobre as dúvidas e questionamentos que a própria formação acadêmica suscita nos alunos. Os debates norteiam os alunos e ajudam a pensar, além de criar recursos duradouros. Cria-se também um instrumento que adverte o educador sobre as vivências dos alunos, aponta novos objetivos educacionais, e apura a qualidade do processo formativo. É um “feed-back” eficaz da dinâmica educacional.

Caberia argumentar que este tipo de atividades poderiam ser realizadas fora do espaço curricular em foruns de discussão com participação voluntária. Novamente, as experiências do encontro com o aluno trazem um ensinamento importante. Para o aluno, tudo o que não é curricular –o que não tem espaço, com dia

e hora previsto, na grade curricular- carece da suficiente seriedade, não se mostra como oficial, porque na verdade não o é. Assim sendo, o aluno não lhe dá a devida importância. Deve-se ainda considerar que o aluno frequentemente aponta como exaustiva a carga curricular existente, não lhe sendo atraentes atividades extra-horário, e com maior motivo, quando se trata de avaliar o processo formativo curricular.

De natureza diferente são as discussões informais que os alunos tem entre si, fora do espaço acadêmico, e que trazem para o educador subsídios importantes. Este aspecto será analisado posteriormente, quando se relatarmos as experiências que nos ajudam a entender o universo do estudante. Por ora, pode se dizer que a discussão de questões educacionais e curriculares com o docente, deve ser feita em espaço oficial o que confere não apenas seriedade mas também motivação participativa ao próprio estudante.(HAYWARD et al.,1985)

Uma vez oficializada, a metodologia dos debates e discussões assume um perfil informal; mas é uma informalidade reconhecida, benéfica para estimular a colaboração do acadêmico. Constitui ocasião para que os estudantes abordem questões que envolvem motivação, dúvidas, e perplexidades que habitualmente não têm oportunidade de tratar numa atividade curricular convencional. Surgem momentos de reflexão conjunta e dialogada, sobre o próprio processo de formação, no qual aparecem histórias de vida pessoal que são expostas com transparência.

Alguns autores (PILLOT, 1999; BERTAND, 1999; BAJO GARCIA et al., 1990; VIANNA,1998) apontam como necessária esta dinâmica, quando se trata de abordar temas que envolvem aspectos éticos, ou particularmente difíceis para o estudante de medicina, como a morte, ou o cuidado do paciente terminal e a família. Mas se pensamos que a postura ética no médico deve ser tema do cotidiano –já que depende mais da reflexão sobre o próprio atuar, do que da dificuldade que a situação concreta lhe apresenta- parece razoável utilizar este espaço para auxiliar na formação do dia a dia. WALKER et al. (1989) partilham esta opinião, fundamentada num amplo trabalho com estudantes, através de um espaço criado para a discussão da ética do cotidiano –com a qual se depara o estudante. Este autor

baseia o ensinamento da ética no caso concreto, no paciente, seguindo a tradição que William Osler estabeleceu para o ensino da clínica, apontando que ética e clínica devem se ensinar simultaneamente. O Centro por ele liderado (CCME- Center for Clinical Medical Ethics) parece criar este espaço, oficial e ao mesmo tempo informal, onde estudantes, professores de diversos departamentos, estudiosos e consultores de ética, se congregam para debater os aspectos éticos que surgem na atenção diária aos pacientes.

Uma vez criado o espaço adequado para a discussão com o estudante, torna-se possível começar a ouvir as colocações que surgem, fruto da interação com a Instituição Universitária –a Faculdade de Medicina- e com o professor-educador.

Interagindo com a Instituição: os questionamentos do estudante

O aluno situado no contexto educacional institucional –na Faculdade de Medicina- não é um ser passivo. Interage com o ambiente com o qual se depara, valoriza e julga, de acordo com as expectativas e valores que possui. A própria história de vida do aluno, onde se insere a vocação profissional, exerce influência nesta interação. A semelhança do que sucede ao paciente, que vive a sua doença de modo pessoal, o aluno vivencia seu próprio processo educacional de acordo com sua condição de ser biográfico. É esta uma realidade que deve ser levada em consideração. Neste sentido, HEKELMAN e BLASE (1996) apontam que o modelo do educador é análogo ao modelo de médico, sendo as qualidades que se requerem no educador equivalentes às que se requerem no médico. O trato com o paciente e com o aluno são atividades cortadas pelos mesmos parâmetros de qualidade, e as virtudes necessárias para o bom desempenho de ambas funções são análogas.

É natural que desta interação aluno-contexto educacional surjam **questionamentos que representam a vivência que o aluno tem do processo de formação no qual está inserido**. Criado o espaço adequado para a discussão, é possível ouvir e atender estes questionamentos que orientarão na reflexão e servirão como incentivo à nossa pesquisa.

A primeira questão a emergir é uma **avaliação comparativa** entre as expectativas que o aluno possuía antes de ingressar na escola médica, e o universo real que agora vivencia. Existe uma intuição, a maior parte das vezes não explícita, do papel que caberia à formação universitária, onde de algum modo se espera aprender atitudes e criar o hábito de pensar e refletir, somado às habilidades específicas que um médico deve possuir.

Esta avaliação comparativa é estimulada no momento em que se lhe faz presente a **desproporção** que existe na **atenção educacional**, entre a **formação técnica**, habitualmente priorizada, e a **dimensão humana** nos anos do curso médico. O aluno se ressentido deste desequilíbrio (MAHEUX et al., 1990) e, nas suas reflexões, chega a responsabilizar o processo educacional pela diminuição de sensibilidade experimentada durante os anos acadêmicos, (BISSONETTE et al., 1995; ANNANDALE et al., 1996). Em particular, as dúvidas do estudante surgem quando se depara com a insuficiência da dimensão humana no contato com colegas dos últimos anos ou com os professores. Aumenta neste momento o receio de que o aprendizado técnico seja adquirido em detrimento da componente humana que ele considera indispensável no médico.

SELF et al. (1993) corroboram estas percepções do estudante, mostrando uma certa “regressão de padrões éticos e morais” ao longo do processo de educação médica, questionando a necessidade de uma revisão no sistema educacional que se apresenta como moralmente inibitório. Igualmente KASSEBAUM et al. (1998) observam que um sistema que se mostra como insensível para o aluno leva a formar pessoas de padrões equivalentes, igualmente insensíveis para com os seus semelhantes, sejam eles pacientes ou colegas.

ROBB (1985), em elegante demonstração, analisa esta questão, mostrando como devido ao avanço tecnológico e científico das últimas décadas na área da saúde, surge uma desproporção que afeta diretamente os modelos de educação médica. Esta desproporção é o resultado de priorizarem-se os aspectos técnico-científicos –que constituem uma necessidade real do médico- enquanto o humanismo como componente da formação acadêmica permaneceu estagnado. O

autor se questiona até que ponto o ensino médico pode ser considerado capaz de formar profissionais aptos a lidar com a vida humana que envolve muito mais do que simples técnica. Implica igualmente a arte -que é habilidade, perícia, postura, dimensão cultural- para poder cuidar de pessoas. Conclui este autor propondo a necessidade de um novo balanceamento de forças, adaptando o humanismo na formação médica às necessidades reais do estudante de hoje. A universidade, naturalmente, seria a responsável por pensar e efetivar este **novo modelo de equilíbrio entre técnica e humanismo**

Os questionamentos do aluno constituem por vezes uma **verdadeira reflexão vocacional**. Existe no acadêmico, nos anos intermediários do curso médico, uma consciência do cuidado do ser humano que pode ter sido, em alguns casos, a motivação que o levou a escolher esta profissão. As discussões abertas e informais no espaço adequado mostram que as questões levantadas se encontram no cerne da verdadeira questão básica. Assim assuntos como o que é ser médico, para que serve a Medicina e ao serviço de quem está, são matéria da discussão. Estas interrogações são as que teoricamente levam um indivíduo a ingressar numa escola médica. Os questionamentos do aluno sugerem neste ponto uma procura das **raízes vocacionais** ao mesmo tempo que emerge a atitude de **repensar a sua escolha profissional**.

No contexto da educação médica existe uma tradição bem fundamentada de aproveitar as experiências e percepções do aluno, transformando-as em aprendizado mediante um processo adequado (COX, 1996). De igual maneira, os dilemas éticos na prática diária, com que o aluno se depara, devem ser aproveitados como importante auxílio educacional. SATTERWHITE et al. (1998) advertem que estes dilemas éticos começam desde o início do curso médico e se tornam crescentes com o passar do tempo, sendo necessário encontrar um espaço para trabalhá-los e discuti-los, desde o primeiro momento, mesmo antes dos anos de atuação clínica do aluno. Na opinião de HAYWARD et al.(1985) este espaço pode ser estruturado pelos próprios estudantes para discutir as questões e dilemas práticos que eles enfrentam, o que apontaria para um ensino da ética simultâneo ao aprendizado da clínica.

HAFFERTY e FRANKS (1994) fazem uma interessante análise do **processo de aprendizado da ética** por parte do estudante. Afirmam que não se pode considerar o ensino da ética como o de qualquer outra matéria técnica, já que a ética não é uma simples ferramenta técnica mas a **construção de uma identidade que faz parte do ser médico**. A ética faz parte da cultura médica. Deve transmitir, sobretudo, o modo de reconhecer o que é bom e o que não é, mais do que pretender uma ilusória vacinação contra os erros: é preciso reconhecê-los e conviver com eles. Os autores salientam o **currículo oculto**, aquilo que se transmite junto com os conhecimentos específicos, e que não está explicitado, pois vem anexo ao modo de transmiti-lo. Algo semelhante aos “bastidores do ensino”, o que os professores mostram com a sua atuação, e depois é comentado nos corredores entre os alunos. São questões que se interiorizam e decantam em futuros valores, com maior solidez que os conhecimentos específicos, transmitidos formalmente. Essas mensagens do currículo oculto são as que causam dilemas ao estudante, que aprende a teoria de outra forma: uma coisa é o que é aprendido e outra o que ele vê fazer.

Estes mesmos autores insistem na necessidade de que os **educadores reconheçam este currículo oculto**, e que posteriormente o utilizem para ensinar a ética acoplada justamente aos conhecimentos específicos. Deveria o educador aproveitar os modos ocultos -que o aluno grava- para ensinar o bem fazer ético, o que leva consigo a necessidade de treinar e ensinar os professores. Como recomendações práticas os autores apontam ser preciso estar atento aos dilemas dos estudantes mais jovens, que são um bom barômetro de advertência das experiências que sofrem os alunos, fruto do currículo oculto; em segundo lugar instituir uma equipe multiprofissional que analise os temas, com consultores externos. Advertem também que é preciso considerar que **o ensino não se transmite apenas com palavras mas, sobretudo com atitudes**, para as quais os alunos são muito sensíveis. Os autores concluem recomendando institucionalizar esta metodologia. Não se trata de substituir o currículo oculto pelo oficial –já que perderia sua força- mas de aproveitá-lo para o ensino da ética, pois é nele que se aprendem atitudes. Naturalmente salientam a necessidade de uma medicina baseada na promoção da

virtude, condição que se não é suficiente para o desempenho profissional do médico, é, sim, absolutamente necessária.

HOMENKO et al. (1997) mostram como num ambulatório de atenção primária, com um sistema de preceptoria individual, se configura um ambiente propício para discutir as questões éticas do dia a dia, desprovidas do “dramatismo ou gravidade” próprias do ambiente hospitalar, mas de fundamental importância na formação do estudante. Neste contexto, as **histórias de vida**, os casos concretos, funcionam como “**despertadores éticos**” que permitem ao estudante aprofundar na perspectiva humana do relacionamento com o paciente. Discutir os aspectos éticos, e estabelecer uma fundamentação da atitude médica sobre o caso concreto é função do professor que conduz a discussão aberta com os alunos (MYSER et al., 1995)

Os dilemas éticos tornam-se mais evidentes quando o **aluno toma contato direto com o paciente, e com os familiares**. Quando ingressa nessa etapa acadêmica o aluno depara-se com situações desconhecidas e novas. O desejo de **aprendizado é polarizado** por assuntos de interesse clínico, técnico e administrativo, como é natural num contexto hospitalar. Assim, a preocupação primordial de todo o cenário educacional volta-se para as etapas que marcam o ritmo de funcionamento do serviço onde estão inseridos: evolução clínica e prescrição diária, recursos diagnósticos, interpretação de exames, visita do corpo clínico e as naturais burocracias de internação e alta que os alunos devem também resolver.

Estes dilemas se fazem presentes paralelamente e revestem-se de especial relevo quando se trata de um **paciente gravemente doente ou com prognóstico reservado**; e de ordinário não encontram espaço formal de discussão e abordagem acadêmica. O **contato do aluno com a dor e com a morte** é ocasião continua de dúvidas e perplexidades na atuação, e não poucas vezes o aluno sente-se desamparado nestas circunstâncias. Assim, o aluno é forçado a improvisar o modo como se relaciona com a família do paciente, o modo como deve dar as notícias, e ressentir-se da falta de abordagem profissional destas questões que, por vezes, acaba ignorando embora o façam sofrer por não saber como se conduzir (BAJO GARCIA et al., 1990).

Torna-se evidente, através dos questionamentos dos alunos, que cada dificuldade que o estudante enfrenta, exige um aprendizado concreto. Com habilidades técnicas e conhecimentos científicos poderá trabalhar as questões que são colocadas no cuidado clínico. E, simultaneamente, necessitará conhecimento científico de valores e significados para abordar e dar suporte ao paciente nas suas dúvidas vitais. O conhecimento competente de ambas as áreas permite a flexibilidade característica do bom profissional, e ajuda a fazer um balanço das verdadeiras necessidades do paciente. A integração e simultaneidade deste aprendizado, apoiado no caso concreto, é recomendado por vários autores (PUCKETT et al, 1989; MITCHELL et al., 1992)

Os questionamentos do aluno assumem ainda forma de **preocupação futura com o seu desempenho**. A avaliação comparativa realizada e as dúvidas que o comportamento observado em colegas mais adiantados e professores suscita, imprime no estudante certo grau de descrença. Pergunta-se pela possibilidade de manter, na prática, os parâmetros éticos, e o equilíbrio técnico-humano mencionado, especialmente em circunstâncias adversas como um ambiente de trabalho pouco propício, com tempo reduzido de atendimento ao paciente, ou mesmo rodeado de atitudes contrárias.

O aluno objetiva esta preocupação futura nos **anos próprios da formação**, durante a passagem pela faculdade ou pela residência, havendo quem se questione qual é o momento em que o estudante se torna insensível a estas questões, **perdendo o referencial ético** que vinha utilizando quando ingressou na escola médica.

Dentre os dilemas e expectativas do estudante de medicina o **exercer prático do cotidiano médico** é um dos tópicos de maior relevância. O aluno quer saber e aprender, durante sua formação acadêmica, como será o seu dia a dia quando for médico, e **como é o “paciente real”**, aquele que num futuro próximo solicitará os seus serviços profissionais. O estudante repara através das experiências próprias e dos seus familiares, nas diferenças existentes entre o paciente institucional, que é atendido no âmbito universitário (ambulatório, hospital, pronto socorro) e o paciente que, cidadão, procura um atendimento médico, escolhendo dentre as possibilidades

que a sociedade lhe oferece, aquelas que estão ao seu alcance. São diferenças na própria postura do paciente e nos seus requerimentos, para as quais o estudante não se sente preparado.

Estes aspectos não são abordados habitualmente nas cadeiras da universidade, principalmente porque não há oportunidade de deparar com eles no âmbito acadêmico. Falta o “caso concreto” sobre o qual se poderia discutir, ensinar e aprender. Afinal, é mais uma dimensão da formação médica; uma realidade que deve ser vista, sentida e trabalhada para aprender a lidar com ela. Para poder transformar a experiência do estudante em matéria de aprendizado, deve existir primeiro a experiência concreta. Não se consegue ver aquilo que não se espera e que ninguém notou porque não houve oportunidade de vê-lo conjuntamente. Neste ponto, o aluno procura exemplos concretos de atuação, um modelo em que possa espelhar-se que é, via de regra, um docente (BEAUDOIN et al., 1998).

Interagindo com o Professor: à procura de modelos

Os estudiosos da educação médica tem estado atentos, desde há mais de um século, à importância do exemplo do professor como instrumento de aprendizado. William Osler, uma incontestável autoridade no ensino da clínica foi também um pedagogo notável, além de um modelo a ser seguido pelos seus alunos. Como afirma DECOURT (2000), os conselhos de Osler têm uma atualidade plena, para todos os que participam do ambiente acadêmico das escolas médicas, alunos e professores. CARTER e POWELL (1988) sistematizam a importância do exemplo do docente no processo do ensino médico.

Provavelmente alheio ao que os teóricos da educação médica opinam e, na maior parte das vezes de modo inconsciente, **o estudante toma o professor como modelo**. Esta escolha, que se dá de modo natural, vem ao encontro dos questionamentos enunciados anteriormente. Perante os dilemas, expectativas, dúvidas, e demais solicitações que conduzem o estudante a uma reflexão vocacional, adotar um modelo concreto como possível orientação torna-se a solução mais

acessível. Aparece novamente a tendência personalizante, tão própria do ser humano. O paciente personaliza a doença e a vive ao seu modo; o estudante, personaliza o processo de educação, para vivenciá-lo biograficamente; o estudante se questiona e personaliza, através de modelos, as possíveis soluções.

A escolha do modelo é um processo gradativo, que acompanha os questionamentos do estudante. Trata-se de procura não explícita onde entram fatores intuitivos, sentimentais, nem sempre racionais e lógicos. Para atender às suas necessidades, o aluno utiliza, mesmo sem reparar, **o docente como intermediário do conhecimento** científico, habilidade clínica e do aprendizado na interação com o paciente e seus problemas familiares, sociais e psicológicos. O ensino do aluno é marcado por aquilo que vê fazer ao educador-professor, pelo modo como este o faz, muito mais do que pelas lições teóricas expostas. É possível até que o modelo que se almeja não se encontre na própria faculdade de medicina onde o aluno cursa seus estudos, recaindo esta escolha sobre um familiar ou conhecido. De qualquer maneira, na opinião de WRIGHT et al. (1997) durante a faculdade de medicina, 90% dos estudantes de graduação identificam um docente como exemplo a ser seguido.

Embora inconsciente para o aluno, o **processo de escolha de modelo pode ser estudado**, através de pesquisas, especialmente as de abordagem qualitativa, que poderão apontar os significados e valores do aluno nesse processo, permitindo uma maior compreensão do fenômeno.

O aluno faz uma leitura das qualidades do professor, através da sua atitude como médico. Vendo-o atuar diante do paciente, e julgando-o competente como médico –consegue entender o paciente- o estudante deduz sua competência como professor, intuindo que conseguirá entender o aluno. O caminho inverso é também analisado pelo aluno. Se constata sua incapacidade como professor –para o dizermos agora negativamente - dificilmente lhe dará credibilidade como médico. (HEKELMAN e BLASE, 1996) Para o aluno são como duas faces da mesma moeda, inseparáveis e, naturalmente, onde deve constar o mesmo valor.

AMBROZY et al. (1997) apresentam um interessante trabalho, pelo que traz de tentativa de **sistematizar as qualidades do médico-professor que lhe creditam como modelo de “excelência” perante os estudantes**. As qualidades ou características são agrupadas em três categorias: como médico, como professor, como pessoa. Despontam o entusiasmo pelo trabalho, a honestidade e saber admitir as limitações como características mais pontuadas no conjunto. Quando avaliado como médico, são destacados o bom raciocínio clínico, uma relação médico-paciente satisfatória, e ver o paciente como um todo. Quando a avaliação recai no modelo-professor aparecem o entusiasmo por ensinar, o envolver-se com os estudantes, e a capacidade de comunicação. Finalmente, como pessoa-modelo são citadas a compaixão, competência e entusiasmo.

Este trabalho poder-se-ia resumir, sem atender excessivamente a pontuações e “scores”, que mesmo quantificáveis representam a subjetividade dos alunos, em **atitudes consideradas importantes**: entusiasmo, relação com os estudantes, características profissionais e pessoais, relação com os pacientes, e estilo de vida. Este trabalho representa um ensaio de interesse para sublinhar qualidades a modo de “parâmetros de excelência” nos modelos docentes. Por outro lado, os autores constatarem que esses mesmos docentes-modelo são cientes das qualidades apontadas, e da credibilidade que possuem no universo dos estudantes.

Sendo o aluno o primeiro interessado, e **julgador habitual das atitudes do professor**, parece razoável colher entre eles as características que consideram importantes, e que no fundo **respondem às expectativas** que o aluno foi traduzindo em questionamentos, quando da sua interação com a Instituição Universitária. O exercício de interpretar estes julgamentos do aluno, constitui-se na base que sustenta a teorização do docente como modelo. (REUTER e NARDONE, 1994; WRIGHT, 1996; SKEFF e MUTHA, 1998)

WRIGHT (1996), um estudioso do tema, mostra em seus trabalhos o desejo de quantificar e medir estas atitudes, observando que apenas metade dos professores por ele estudados reúnem as características consideradas de excelência pelos alunos. Este mesmo autor (WRIGHT et al., 1998), com o intuito de melhor **delinear o que**

poderia ser o perfil de um modelo de excelência a ser proposto como exemplo de professor-docente, ensaia nova tentativa. Em elegante estudo, conduzido com o desenho de caso-controle, propõe-se quantificar certos atributos que o docente deveria possuir para ser apontado como modelo, não apenas pelos próprios estudantes, mas também de acordo com a opinião de todos os que compõem os seus respectivos ambientes de trabalho. Os resultados apontam para a dedicação ao ensino como qualidade de excelência (utilização de 25% do seu tempo ensinando, dedicação de 25% do seu tempo promovendo o ensinar junto ao atendimento, ter sido preceptor de residentes) além de características que permitem uma boa interação com o paciente, como demonstrar preocupação com a relação médico- paciente e ensinar os aspectos psicossociais da atuação médica.

Estas conclusões, cujo valor quantitativo pode ser em certo modo questionável, trazem um ensinamento extraordinariamente importante: **as características que se podem esperar de um professor para ser modelo de excelência são passíveis de serem aprendidas e, por tanto ensinadas**. Não é tanto um “carisma” da pessoa, como algo que pode ser mostrado e ensinado aos outros. Existem, sem dúvida, dons e carismas que tornam a pessoa mais apta para a função de professor e de possível modelo; mas mesmo nestes casos, a competência implica saber mostrar um caminho que os estudantes possam seguir. De algum modo, o professor desaparece como modelo, torna-se transparente, para mostrar os passos que serão comuns a todos os que queiram incorporar essas mesmas atitudes que admiram.

O papel do professor como modelo **acompanha toda sua atividade docente, profissional, e até pessoal**, em cenários oficiais e também em ocasiões informais. O julgamento do aluno –cujos questionamentos contínuos o tornam ávido de modelos– não conhece trégua. Por isso não existe momento para pensar “em dar exemplo”, mas deve ser algo natural, uma atitude assimilada. Como apontam FICKLIN e BROWNE (1988), um bom exemplo deve estar presente tanto na sala de aula e no laboratório, como no hospital, onde os estudantes irão principalmente observar a relação entre o médico e o paciente.

O docente como modelo **emerge com nitidez quando toma iniciativas de proposta de trabalho conjunto com os alunos.** A escolha na participação é vinculada sempre à figura do professor. Envolver-se num projeto é para os alunos “envolver-se com alguém para fazer algo”. O docente é porta de entrada neste empreendimento. Os alunos conseguem captar a preocupação real do professor para com eles: percebem se existe transparência no relacionamento, e o empenho do professor por descobrir e aproveitar os valores que encontra no aluno. São elementos que constituem o diferencial, que facilitam a empatia e dão credibilidade para a construção de uma relação presidida pela confiança.

Quando o **trabalho conjunto supõe interação simultânea com o paciente,** em atendimento ambulatorial, domiciliar, ou mesmo acompanhamento durante internação hospitalar, o papel de modelo que o professor representa torna-se campo de particular aprendizado para o aluno. É o contato com o paciente real, com o cotidiano do médico, que já foi discutido anteriormente, feito realidade.

Alunos relatam como neste contexto **podem observar atitudes de ordem prática** que revelam aspectos importantes para a sua formação médica, dentre eles: como se portar, como conduzir a consulta e como administrar as dificuldades habituais. Questões variadas, como a apresentação do profissional e o modo de cumprimentar o paciente; como gerenciar o tempo do atendimento; saber estabelecer limites no relacionamento sem perder o vínculo, e até como receber os honorários profissionais ou relacionar-se com outros colegas médicos –tudo emerge para o estudante com sabor de novidade.

O **aprendizado do aluno deve ser também aprendizado para o professor,** quando existe troca de opiniões, em conversa aberta. O aluno encontra-se atento e motivado, sendo capaz de perceber atitudes no profissional em ação, que passam despercebidos ao professor por serem já hábitos incorporados. A **explicitação destas questões por parte do aluno,** converte-se em tema de reflexão para o professor que, repensando-as, é capaz de elaborar uma sistemática metodológica que, de outro modo, permaneceria oculta ou, pelo menos, restrita ao âmbito da “arte ou carisma” pessoal.

A **necessária reflexão do professor**, fruto da relação com o aluno, é parte inseparável do processo interativo, e traz benefícios substanciais na incorporação metodológica das experiências vividas pelo aluno. Fruto destas reflexões são os trabalhos que mencionam, como objetivos educacionais concretos, atitudes que de algum modo devem ser fomentadas nos acadêmicos ao longo do processo de formação. Assim, são elencados: capacidade de auto-crítica, responsabilidade, reconhecimento de limitações, humildade, respeito e sensibilidade com os pacientes e alunos, bom senso de humor, conhecimento e entusiasmo, apresentar-se de modo bem organizado, interação ativa dos estudantes. (CARTER e POWELL, 1988; REUTER e NARDONE, 1994)

O aluno que se envolve nesta interação com o professor, acaba levantando uma questão de maior amplitude, provocada pelo acolhimento recebido por parte do educador que adota como modelo. Assim, indica que a atitude do professor –desse professor particular que ele tomou como modelo- ,embora seja importante, deve ser **secundada corporativamente** para poder render frutos e tornar-se significativa.

Esta questão nos conduz à conclusão lógica de esperar uma **sensibilização por parte da Instituição Universitária na formação de professores** visando particularmente o exemplo. Os Residentes e Médicos são os mais importantes exemplos para os estudantes de medicina, podendo atrair os estudantes para a sua especialidade, ou servir como influência negativa (MUTHA et al. 1997). Parece, pois, lógico começar por aí; e se entende a observação de REUTER e NARDONE (1994) quando afirmam que para isto seja possível, tem de haver um esforço por criar um ambiente favorável que estimule os residentes a participar no processo educativo, convertendo-os também em exemplo para os estudantes.

Uma mudança de filosofia de ensino deve contemplar não apenas os que já estão envolvidos na docência mas sobretudo a **formação de novos professores** que, neste processo natural, surgirão dos próprios alunos já educados na importância de se apresentarem como modelos futuros.

Uma questão também trazida pelas experiências da interação do aluno com o professor, e que pode ser incorporada institucionalmente, é a **figura do tutor do aluno**, que pode ser escolhido pelo estudante, com uma função de assessoria acadêmica. (ORREGO VICUÑA, 1997). É natural que o aluno, na interação havida, primeiro com a Instituição, depois com os professores, escolha os seus modelos de qualidade onde espelhar seu ideal profissional. A figura do tutor não pretende substituir esta inclinação espontânea do aluno, mas apenas ampará-lo e facilitar oficialmente sua escolha. Esta atitude institucional será também exposta ao julgamento lógico do estudante e deverá reverter numa apurada escolha e preparação dos professores.

O universo do estudante: um “sistema operacional” próprio

Enquanto nos ativermos ao exterior
Será fácil interpretar mal as pessoas
Apenas caminhando três luas dentro dos seus mocassins
Como diz o provérbio índio,
Poderemos compreender suas motivações e sentimentos.
Susanna Tamaro

Da interação com o aluno, quando existe o desejo de conhecê-lo para o ajudar na sua formação, decorre o natural contato com o seu universo. É um **sistema próprio de valores**, com referenciais também próprios, que possui recursos peculiares dos quais se utiliza para, de modo consciente ou não, assimilar o conhecimento e articular o processo de aperfeiçoamento pessoal.

Na construção deste sistema próprio intervém, por um lado, o **currículum oculto**, onde o aluno avalia as atitudes que observa nos colegas mais adiantados e nos professores (HAFFERTY e FRANKS, 1994), a modo de “bastidores do ensino” conforme comentamos anteriormente. Por outro lado, o denominado **currículum informal** vem integrar o universo do aluno, com participação relevante.

Conforme apontam HUNDERT et al. (1996) o curriculum oculto é o que é transmitido nas entrelinhas dentro do espaço curricular, através das atitudes de quem ensina e não do conhecimento específico explícito. O **curriculum informal** –também denominado por alguns dimensão informal do curriculum oculto- é de natureza diferente, consistindo nas **conversas entre os estudantes**, onde se forma ou deforma o estudante jovem. O autor comenta a experiência de conversas gravadas entre os estudantes e sugere que deveria haver espaços onde os estudantes possam discutir estes dilemas entre eles, sem “presenças formais”. Estes espaços são recursos que a faculdade deve criar para formar médicos melhores já que é preciso preocupar-se mais com o que é aprendido do que com o que é ensinado. O curriculum informal é uma medida oficiosa de avaliação do processo de aprendizado.

Os autores assinalam que, para entender e poder utilizar o curriculum oculto (incluída a dimensão informal do mesmo), é preciso abandonar a idéia de que educação é um conjunto de cursos oferecidos. Deve se entender que a medicina é primordialmente uma cultura, sendo as escolas médicas o veículo onde se transmite esta cultura, e o processo de educação uma inculturação. Dai a importância de promover atitudes e não apenas habilidades.

HUNDERT et al. (1996-2), analisam as **opiniões dos estudantes** sobre a ética na prática utilizando gravações que registram conversas informais entre eles e seus pares. Estes dados são trabalhados com uma abordagem qualitativa, uma metodologia de descobertas, mais do que confirmadora de hipóteses. Os dados são examinados à luz desta metodologia, que conduz à compreensão dos fatos. Os autores destacam a importância do **curriculum informal que é o núcleo do universo próprio do aluno com o qual se deve entrar em sintonia** para ensinar ética. A ética é muito menos uma disciplina puramente acadêmica, do que parte de um crescimento profissional inserido num estilo de vida. Os dilemas do estudante são uma advertência para o educador e mostram o caminho que como médicos devemos assumir, aquilo que Wittgenstein denominava “uma particular forma de vida”

Dentro do universo do aluno, o curriculum informal é palco de discussão onde emergem os questionamentos anteriormente estudados provocados pela

interação com a Instituição e com o Professor. O aluno **serve-se de recursos próprios da sua condição de estudante**, propiciando assim um aprendizado informal

Colocar-se no lugar do paciente é um recurso habitual do aluno, como uma “metodologia” sempre presente nas vivências relatadas pelos alunos. Igualmente a utilização de situações ou modelos extraídos do cuidado da vida comum, ou de exemplos familiares. Surge o desejo de vivenciarem essa situação como médicos, sem perderem a condição de estudantes. Também referem que o médico é menos permeável, por ter ganho uma experiência que embora o credite como médico treinado, o impede de colocar-se no lugar do paciente.

O recurso utilizado pelo estudante de colocar-se no lugar do paciente aponta uma **linha interessante de suporte educacional**. O acadêmico, não tendo ainda que assumir a condição de médico, pode se posicionar junto do paciente como um igual. Consegue deste modo ouvi-lo, sentir junto com ele, sem distrações técnicas, sem preocupações de guardar as distâncias profissionais. É comum até que o paciente fale com o aluno de assuntos que não comenta com o médico. A possibilidade de colocar-se no lugar do outro não é fruto da formação médica, mas é algo anterior, inato, próprio do ser humano. A educação médica deve respeitar, conservar e potencializar essa atitude que parece perder-se conforme se avança nos anos da faculdade. Para isso é preciso uma sistemática e uma metodologia própria que contemple estas questões ao longo do curso médico.

Utilizar a emoção como despertador ético, é outro recurso incluído no sistema próprio do aluno. Quando os estudantes refletem sobre a dimensão humana que o médico deve possuir, na qual é incluída a perspectiva ética, o sentimento -o mesmo que experimenta quando se coloca no lugar do paciente- costuma ser o elemento que o avisa da importância da questão. No aluno, a construção desta dimensão humana encontra-se ancorada sobremaneira na emoção; e portanto depende do grau de emotivismo do estudante e das variantes temperamentais. A questão que naturalmente surge é perguntar-se como essa componente que ele possui pode permanecer de modo consistente, incorporada na condição profissional de

médico. Caberia às escolas médicas oferecer recursos para manter essa consciência fundamentando-a em outro plano, mais profundo e científico, tornando-a permanente e duradoura.

O universo do aluno tem também um **sistema próprio de comunicação e de conhecimento mútuo** entre os que o integram. É este um elemento ao qual, mesmo parecendo óbvio, deve-se prestar especial atenção já que se reveste de particular importância no processo educacional. O **estudante conhece os seus pares**, com um conhecimento que avalia atitudes com notável precisão. Os alunos conseguem um nível de comunicação e interação mútua em pouco tempo, muito superior ao que poderia conseguir um professor competente. Pode-se deduzir a transcendência desta realidade quando se consegue tornar o estudante colaborador no processo educacional.

Em trabalhos realizados conjuntamente com alunos, pode se perceber a influência catalizadora no processo de aprendizado –particularmente no que se refere ao curriculum oculto e informal- que exercem os alunos colaboradores. Vivencia-se nessas circunstâncias uma situação onde as **lideranças educacionais** estão a cargo dos próprios estudantes que, possuindo um “sistema operacional” igual ao dos seus pares, conseguem uma interação rápida e eficaz. Parece de bom senso ouvir estas lideranças, comprometê-las no processo de formação acadêmico e, futuramente, torná-las colaboradores na avaliação dos estudantes e até no processo de seleção de futuros candidatos às escolas médicas.

Contribuindo para a própria formação: o estudante como colaborador e protagonista do processo formativo

Estas experiências relatadas têm um reflexo natural nas publicações dos estudiosos do tema. A **reflexão sobre o perfil de ser médico** é tema constante nestes trabalhos. Deve-se destacar a experiência relatada por BRANCH et al. (1991) para alunos de primeiro ano do curso médico. Trata-se de **colocar o aluno em contato precoce com o paciente**, com o objetivo de fomentar o humanismo e a relação interpessoal (médico-paciente) no meio médico. Os estudantes têm a oportunidade de

rever os seus valores, de discutir as dúvidas de postura e atuação, de aprender com a experiência dos outros a trabalhar em equipe ouvindo e respeitando as opiniões e vivências dos outros. A dinâmica das sessões inicia-se por uma apresentação “autobiográfica”: quem sou eu, e que faço aqui. O que é na minha opinião ser um bom médico. Quais são os motivos que me levaram a estudar medicina? Seguidamente, nas sessões subsequentes, procede-se à discussão dos casos, fruto das entrevistas que os estudantes fizeram.

Os autores observam que é importante tranquilizar o aluno quanto a evitar termos técnicos -que muitas vezes desconhecem- e falar do paciente como pessoa, como eles o vêem realmente. Pode-se falar das experiências da doença no paciente, do que ele sente, das dificuldades que os estudantes têm para lidar com os sentimentos do paciente, e até com as emoções inesperadas (*o que faço se o paciente começa a chorar?*).

A experiência é notável porque observa que mesmo que os estudantes desconheçam a fisiopatologia da doença, são capazes de investigar a vivência do paciente na sua moléstia com questões abertas e abrangentes: o que faz melhorar, o que faz sentir-se bem? Justamente o não conhecimento da técnica evita, nesta primeira fase, a tentação de esconder-se atrás dela; deste modo terão de tratar o paciente com o recurso que realmente possuem: a dimensão humana. O paciente costuma confiar nos estudantes, reconhecendo que estas entrevistas o ajudam a abrir-se. As discussões sobre pacientes dão lugar com frequência a testemunhos pessoais de doença, ou dos familiares dos estudantes; são relatadas espontaneamente experiências de doença e com os médicos, que também podem ser analisadas na sessão.

Com esta experiência oferece-se aos estudantes a oportunidade de ouvir o paciente em condições humanas, e aprendem na prática quanto é importante esta dimensão na atuação médica. Este conhecimento, adquirido através de vivências dirigidas e ampliadas pela discussão com monitores, pode ser um excelente ponto de apoio para uma educação médica permeada de humanismo. Naturalmente requer preparar os monitores para o programa, aspecto que também é citado no trabalho.

MERRIL et al. (1998) utiliza também o contexto da **Atenção Primária para estabelecer uma escala de valores para os estudantes de medicina**, concluindo que são os estudantes treinados neste contexto os que apresentam “valores morais mais altos”. Conseqüentemente, os autores explicam que os médicos de atenção primária são os menos processados, justamente porque explicam as coisas para o paciente. Muitos dos pacientes que processam os médicos já estavam insatisfeitos com o tratamento que o médico lhes dava antes de incorrer no suposto erro médico. Finalmente, o autor conclui que há certos aspectos da medicina que não se ensinam com livros ou teoria, mas com o exemplo e o clima que se cria na instituição de ensino.

HOMENKO et al. (1997) destacam a **importância de um ambulatório de Atenção Primária** onde os estudantes vivenciam questões éticas do dia a dia, que surgem no próprio atendimento primário -enquanto se faz “clínica”- e que o autor agrupa, por ordem de frequência, conforme foram apontadas pelos alunos nas seguintes categorias: tomada de decisões frente ao paciente e família, questões de postura profissional, temas relativos ao cuidado do paciente, temas de responsabilidade comunitária, confidencialidade, aspectos legais, outros. As **histórias de vida, os casos concretos**, funcionam como “despertadores” éticos para os estudantes aprofundarem na perspectiva humana do relacionamento com o paciente.

As histórias de vida e os casos práticos constituem consenso neste novo paradigma de educação, do qual o aluno é protagonista e colaborador. Os dilemas que o aluno aponta, levantam a **questão metodológica do ensino pontual como facilitador de aprendizado**. A tendência que os estudantes manifestam em particularizar e o gosto pelas **histórias de vida**, mostram que haveria um maior aproveitamento quando se arranca do caso concreto para introduzir a explicação teórica. Deste modo o aluno seria treinado no exercício de pensar e não em aprender regras de conduta.

As histórias de vida e a discussão do caso concreto propiciam ao aluno uma **integração dos conhecimentos adquiridos** na faculdade e, não poucas vezes,

conferem **motivação** necessária para abordar matérias cujo aplicação não tinha sido descoberta. O paciente concreto, as histórias de vida personalizadas, trazem sentido e unificam o contexto educacional.

LICHSTEIN e YOUNG(1996) desenvolvem esta experiência através de grupos de discussão, aonde os alunos trazem narrativas sobre pacientes num espaço sugestivamente denominado como “meu paciente mais significativo”(my most meaningful patient). A análise das experiências enriquecidas com as discussões, processa-se numa perspectiva qualitativa que confirma a importância do ensino pontual, baseado no caso biográfico concreto como recurso educacional.

A integração de conhecimento que as histórias de vida e a discussão de casos de pacientes concretos traz para o estudante, assume uma **proporção particular quando se trata de abordar questões de natureza ética**. O aspecto mais interessante das discussões que abordam as questões éticas, é o foco onde é colocada a dúvida: sempre a questão pontual, prática. O ensino ético deve contemplar, além do corpo teórico de conteúdo, espaço para discutir -que é tentar explicar e entender- as dúvidas práticas dos estudantes, que abrangem todo o espectro da atuação clínica onde sempre surge a dúvida ética.

Assim os temas que vão desde a dificuldade em cuidar do paciente, e tratar com a família, até o como lidar com a morte, a questão da eutanásia, o sofrimento e a medicina paliativa, sem excluir o relacionamento com os colegas, -apontam para a necessidade de discutir significados, ao invés de estabelecer protocolos. Existe pouco espaço para esta discussão no ambiente acadêmico, e as experiências aqui relatadas mostram que a discussão amplia a visão. São temas que “pedem espaço” para serem tratados.

PUCKETT et al.(1989) perguntam-se no seu estudo o motivo de não estarem sendo formados os médicos com o perfil desejado, aquele que o paciente procura. Atribui ao clima de prepotência no qual os médicos são treinados e ao não saber trabalhar com as frustrações, limitações e medos a criação de barreiras nos estudantes que dificultarão o contato posterior com os seus pacientes. Como uma resposta

“humanizante” a esta questão, os autores desenvolvem um projeto que se propõe humanizar o ensino médico **através de discussões** onde os **estudantes possam construir seus valores com modelos éticos reais**. Entre os resultados desta experiência, destacam-se o valor das questões pontuais vertidas em histórias de vida como instrumento de chamada de atenção. Constata-se que o que mais atrai o estudante são as histórias contadas pelos médicos, no que tem de particular, e não de teórico. O particular, **o caso concreto, “prende a atenção para a construção teórica do referencial ético”, e faz do estudante um participante ativo no processo de uma formação médica humanizada.**

Os dados aqui relatados mostram claramente que o **aluno é participante ativo** no processo da sua própria educação. Um processo que deve contemplá-lo como **protagonista principal**, e não como mais um elemento –muitas vezes um intruso- do sistema educacional, onde o principal compromisso é o aprendizado. O aluno, pois, deve ser o protagonista: nunca o professor, nem o serviço, nem mesmo o paciente. Um critério a ser levado em conta na hora de estabelecer distribuição de horários, grades curriculares, atendimento em serviço e demais tópicos de ordem prática na escola médica.

Há um consenso nas discussões que convergem para resultado que constitui em verdadeiro objetivo educacional: **a necessidade de dar continuidade a estas discussões ao longo do período de formação acadêmica**. Existe, por parte do aluno, um apelo de continuidade nos debates formativos.

É esta uma advertência importante que nos chega, mais uma vez, do nosso aluno protagonista: **não se trata implantar cursos determinados**, mesmo com grande carga horária, mas de **permitir esta metodologia de discussão, em caráter oficial, ao longo de todo o período da formação acadêmica**. As novas situações e contextos educacionais com que o aluno se depara ao longo dos anos na escola médica, suscitam os questionamentos anteriormente apontados, que pedem espaço para discussão, reflexão, resolução e auto-construção ética de modelos e atitudes. O aluno manifesta o receio de “esquecer” estas posturas, se o processo é interrompido.

Também é apontada a figura do monitor ou tutor como aspecto prático nesta continuidade.

É de justiça fazer constar que **não são todos os alunos sensíveis e favoráveis** a projetos como o que pode emergir das experiências aqui relatadas. Mas esta variedade constitui verdadeiro divisor de águas, apontando com credibilidade os alunos que poderão tornar-se colaboradores no processo, por saberem comprometer-se com os objetivos educacionais.

Neste sentido, os alunos que colaboram no processo recomendam que estas experiências de debates abertos sejam **oficiais, inseridas no curriculum, porém com caráter eletivo**, de modo que os alunos as possam escolher como uma das opções oferecidas. Apoiando esta sugestão do aluno participante, encontramos o estudo de CASSIDY et al. (1983), mostrando o valor voluntário dos seminário de ética, onde foram discutidas questões provenientes do ambulatório. Os alunos que escolheram o seminário de discussão qualificaram-se com melhores pontuações não apenas nas questões éticas, mas também nos temas clínicos e psicossociais.

Estas **lideranças educacionais**, verdadeiros protagonistas do processo, atuam como **multiplicadores**. Vivencia-se uma situação em que os alunos mais experientes passam seus conhecimentos aos que se estão incorporando, em linguagem própria dos estudantes, que irão adquiri-los com o mesmo conteúdo, porém com capacidade de transmiti-los de maneira própria e individual.

São estes mesmos protagonistas os que apontam a desmotivação que comprovam em muitos dos seus colegas questionando-se até que ponto o **processo de seleção dos candidatos às faculdades de Medicina** está escolhendo os sujeito certos, e apurando realmente quais os que, sabendo o que é ser médico, querem de fato aprender a sê-lo.

A **modo de conclusão**, deve-se fazer constar que o elenco de advertências que nos chega do aluno, em forma de questões práticas, não se resolvem educacionalmente de modo simples, pelo fato de serem aqui explicitadas. Ninguém

que esteja envolvido seriamente em educação médica desconhece a dificuldade que entraña semelhante desafio. Mas sirva este relato como lembrança concreta da colaboração que o aluno pode trazer, e como ajuda e estímulo para o desenho de pesquisas futuras.

1.3 A MEDICINA DE FAMÍLIA: UM SISTEMA CENTRADO NA PESSOA

A Medicina de Família: um corpo próprio de conhecimentos

To become self-reflective
 Medicine will have to go through a huge cultural change
 In these changes, Family Medicine is already
 some distance along the path
 The importance of being different
 is that we can lead the way
 Ian McWhinney

Definir a abrangência, o papel e a função da Medicina de Família como disciplina acadêmica, inserida no processo universitário, emparelhada e comprometida com a formação médica, é tema de freqüentes reflexões, congressos e publicações provenientes de países –na sua maioria de tradição anglo-saxônica- onde esta disciplina está assentada há mais de 25 anos nas escolas médicas.

A obra de MCWHINNEY (1997), é referência obrigatória quando se trata de sistematizar e definir o corpo próprio de conhecimentos –princípios, metodologia, pesquisa e objetivos- da Medicina de Família como ciência médica da atualidade. O autor adverte, no prefácio desta obra, que existem basicamente dois tipos de tratados: de um lado, há os que se propõem compilar os conhecimentos existentes num determinado campo do saber médico; do outro existem aqueles, entre os quais inclui o seu, cujo objetivo é primordialmente definir e conceituar os modos desta ciência. É pois uma obra de conceitos e definição de fronteiras, passo imprescindível quando se pretende estabelecer uma ciência como tal, com conteúdo e metodologia próprios.

A **conceituação** que MCWHINNEY (1997) faz da Medicina de Família, parte de uma **perspectiva histórica** que remonta a finais do século XIX e início do XX. Eram momentos em que a educação dos médicos norteamericanos distava

muito do ideal de qualidade, por não acompanhar na prática o progresso real das ciências afins. Os fundadores da escola médica John Hopkins (1889) -William Osler, Halsted, Hurd, Welch, Kelly- perseguiram um objetivo claro: estabelecer a formação acadêmica dos médicos em bases científicas. Com este novo modelo de excelência e inspirado também nas Faculdades de Medicina da Alemanha, Flexner elabora o seu informe (1910) que será ponto de partida de uma revolução na reforma da educação médica. As faculdades de Medicina serão, deste ponto em diante, regidas por cientistas e pesquisadores, profundos conhecedores do campo de pesquisa em que estavam especializados. Era o início da era da especialização no ensino médico, na tentativa –bem sucedida- de garantir a qualidade dos futuros médicos. O médico generalista tinha seus dias contados na Academia.

A **reforma do ensino médico** trouxe benefícios inegáveis de qualidade. E com eles vieram, como tributo necessário, algumas perdas. A fragmentação do saber médico, instalada como recurso de progresso científico na própria academia –não é possível dominar todos os conhecimentos, menos ainda quando estes crescem a cada instante- acarretou a consequente fragmentação da relação médico-paciente: dependendo da doença que acometesse o paciente, seria um ou outro médico quem cuidaria dele. Dividia-se a Ciência Médica, para melhor conhecê-la, dominá-la e ensiná-la; e nesta divisão o paciente foi naturalmente atingido. O próprio FLEXNER (1930) reconhecia que, dentro do muito que se tinha ganho com a reforma, estava começando a perder-se algo importante que possuíam os fundadores deste movimento de qualidade no ensino médico -Osler, Janeway, Halsted: o sentido de integração do paciente e da doença, verdadeira arte médica, algo que não se conseguiria facilmente substituir.

A **partir da década de 60**, as atuações em saúde começaram a ser classificadas de acordo com o caráter dos serviços prestados. Assim, num nível denominado primário, estava incluída a atenção médica, pessoal e continuada, constituindo porta natural de entrada para o atendimento médico, independente da moléstia que acometesse o paciente. O nível secundário incluía a atenção prestada pelos especialistas, de acordo com a doença concreta de cada paciente. Finalmente, o nível de atenção terciária, compreenderia serviços altamente especializados e

procedimentos hospitalares. Esta classificação, sem trazer nenhuma novidade substancial de conceitos, contribuía com uma perspectiva lógica no cuidado do paciente e na divisão de papéis e funções dos médicos.

Esta nova ótica de atenção à saúde é enfatizada por MCWHINNEY (1997) na sua perspectiva histórica, fazendo notar que com o aumento de doentes crônicos, o médico é obrigado a acompanhar o paciente durante um período biográfico maior, ajudando-o a adaptar-se a sua nova situação. Sem deixarem de existir questões pontuais no atendimento médico, representadas por afeções específicas que requerem um conhecimento especializado, o paciente no seu percurso de vida é exposto a doenças comuns e com caráter crônico, as chamadas doenças mais prevalentes na população. São pacientes que deverão ser cuidados por longo tempo, representam um número elevado dentro da população geral, beneficiar-se-ão das medidas de prevenção e educação em saúde e, provavelmente, outras afeções específicas lhes afetarão durante esse período requerendo também cuidados. Neste contexto, é fácil deduzir a necessidade que o médico tem de conhecer e entender bem o paciente, assim como o meio que o circunda, para poder cuidar dele com competência. Este é o núcleo conceitual da **Atenção Primária** que o autor considera elemento essencial na definição da Medicina de Família.

Trata-se pois de **conhecer o paciente e o seu meio**, para poder cuidar dele nas afeções comuns de saúde. Note-se que comum não é equivalente a “sem importância”. Comum refere-se à ordem de frequência do fenômeno, e não à gravidade do mesmo. O equívoco terminológico costuma proceder do raciocínio inverso que, esse sim, é verdadeiro: os eventos graves, não são ordinariamente comuns, até por motivos de preservação da espécie.

Para o conhecimento da pessoa, as **ciências sociais** têm uma contribuição importante, e como anota o mesmo autor, o progresso tem sido notável também neste campo do saber. A metodologia e o progresso, no entanto, medem-se com outros parâmetros, e possuem variáveis diferentes das utilizadas nas ciências médico-biológicas, de caráter eminentemente positivista, mensurável, preciso. Parece lógico procurar incorporar os progressos que chegam das ciências sociais

–particularmente da antropologia– para melhorar os recursos do médico no conhecimento do seu paciente, em atenção primária.

Situamo-nos assim no cerne da questão. Tudo aponta para a necessidade de um profissional que, de algum modo, venha colaborar na integração destas questões apontadas por McWhinney. Um médico de caráter generalista, embora essencialmente diferente daquele que, na época da reforma Flexneriana, permanecia alheio ao progresso científico, e foi segregado da academia, para sanear o ensino. Um **novo perfil de médico generalista** com perícia para poder reunir as questões concernentes à atenção primária, **num saber essencialmente acadêmico**. Com outras palavras, arriscando na simplificação: alguém que saiba fazer o que os fundadores da reforma –integração e arte médica– faziam talvez intuitivamente, e que no momento atual, com o desenvolvimento das ciências comportamentais e o pujante progresso científico, supõe um corpo novo de conhecimentos que deve ser integrado academicamente. Esse **corpo de conhecimento** é o que MCWHINNEY (1997) **denomina Medicina de Família**.

VINTEN-JOHANSEN e RISKÅ (1991) apresentam um trabalho extraordinariamente sugestivo, a começar pelo título “Novos Oslerianos e Flexnerianos Reais”, onde analisam o perfil de médico que as faculdades de medicina devem preparar para o século XXI. Levantam a questão, já debatida aqui, da despersonalização da medicina e do progresso científico, com a variável do mercado de trabalho real com que os futuros médicos deverão se deparar. Sugerem que as faculdades de Medicina precisam formar o aluno conforme um modelo médico que deveria incluir, em moderno sinergismo, o estilo Osleriano e um Flexnerianismo realista, preparando o profissional para o século XXI. O novo Oslerianismo implicaria no ensino simultâneo da ética e da clínica, junto do paciente, numa decisão única. Os traços de um Flexnerianismo real são representados pela necessidade de uma metodologia elaborada e de um preparo científico adequado, o que longe de opor-se ao modelo Osleriano o complementa. Propõem, portanto, a elaboração de um curriculum articulado com base em Oslerianismo e Flexnerianismo, em moldes modernos, unindo cooperativamente arte e ciência, e chamam a atenção para os valores que a educação deveria promover, fomentar e

auxiliar para firmar os conceitos. Neste processo, a contribuição de outros estudiosos -filósofos, antropólogos, humanistas em geral- surge como uma pareceria moderna necessária. Este ponto será de vital importância quando analisarmos a componente propriamente humanista que a Medicina de Família incorpora na sua metodologia.

No capítulo da sua obra dedicado aos **Fundamentos filosóficos e científicos da Medicina de Família**, MCWHINNEY (1997), além de mostrar na prática uma das vertentes essenciais deste novo profissional –novo na conceituação, clássico na atuação- que é exercer a reflexão sobre o próprio atuar (*Reflective Practitioner*), discursa de maneira elegante sobre surgimento dos chamados **paradigmas** e, com eles, das ciências como tais. A Medicina, como qualquer ciência, possui um embasamento teórico que permite a prática diária e a solução dos problemas que surgem no cotidiano. Vez por outra, surgem questões que não se enquadram totalmente nas bases teóricas com as quais se vem atuando. Enquanto estas questões são esporádicas, podem ser contornadas, com criatividade que corre por conta da atuação individual. No entanto, quando os assuntos que não se enquadram se tornam mais e mais frequentes, exige-se uma revisão das bases teóricas para encontrar novos referenciais. A construção de um **novo embasamento de referenciais teóricos** que contemple os assuntos que, por não se adaptarem ao modelo anterior originaram esta revisão, denomina-se paradigma. O surgimento de um **novo paradigma**, quando aceito pela comunidade científica é o ponto de partida para uma **nova disciplina científica**, que pode ser estabelecida em moldes acadêmicos e profissionais, com sua própria produção científica, caminhos de pesquisa, publicações e tratados.

Naturalmente, desde o surgimento de um novo paradigma até a instalação da disciplina científica dele decorrente, há um **período de acomodação** onde a comunidade científica, testa de algum modo a perspectiva emergente. Antes de mudar o modo de abordar as questões –pois é nisso que consiste a mudança de paradigma- procura-se dar resposta às mesmas, com os recursos que até o momento gozam de aceitação e consenso no universo científico. Qualquer mudança implica um peculiar aspecto revolucionário, especialmente, como no caso da Medicina de Família, se a mudança não é do objeto em estudo, nem provém de uma descoberta que apresenta uma realidade até o momento completamente desconhecida. Como

afirma textualmente o autor “a mudança de paradigmas é revolucionária, mais do que acumulativa, pois se trata de uma **mudança na visão e na perspectiva** –na *Gestalt*- do que se contempla. Não é o objeto de estudo o que muda, mas a percepção que dele se tem. Em outras palavras, não são novas respostas para questões antigas, mas novas questões que são colocadas em pauta”

Resulta evidente, pelo exposto até aqui, que o núcleo deste novo paradigma que afeta a perspectiva e que dá razão de ser à Medicina de Família é o **relacionamento**. Trata-se de uma abordagem médica que está **baseada no relacionamento, na pessoa**, ou melhor, nas pessoas: a representada pelo médico em relação com a do paciente, que passa a ser o protagonista do processo interativo. A relação é médico-paciente, pessoa-pessoa, sendo a doença que acomete o paciente, um aspecto periférico na relação, uma variante que o médico deverá gerenciar. Não é uma relação estabelecida com base na doença que o paciente tem, ou numa técnica concreta que o médico domina, mas com base na pessoa; quer dizer o paciente e o médico não estão unidos no seu relacionamento por causa de uma doença concreta, campo específico de atuação do médico, mas por um relacionamento pessoal, onde o vínculo se estabelece, com independência da doença. Voltaremos a isto depois.

A **perspectiva histórica do processo da instalação da Medicina de Família como disciplina acadêmica** em vários países é ilustradora deste novo paradigma, presente não apenas na abordagem do paciente, mas nas próprias atitudes do médico de família. Assim, a dimensão do relacionamento humano, o não perder a perspectiva pessoal da vida, faz com que as narrativas históricas dos que protagonizaram o processo, assumam características de histórias de vida, e traços familiares, conservando ao mesmo tempo a dimensão reflexiva. “Está na hora de nos perguntarmos de onde viemos, o que somos, e aonde queremos chegar”.-comenta a editora responsável de uma série histórica da Medicina de Família (MANCA, 2000)

Neste contexto, KOLOTYLUK (2000) **ilustra com fatos do cotidiano** a função do médico de família. Assim, comenta, quando alguém adoece dos pulmões, procura um pneumologista; quando a moléstia é gastrointestinal, a procura volta-se para um gastroenterologista, ou para um alergista, quando a enfermidade se reveste

dessas peculiaridades. Somente não existe consenso sobre o médico a quem chamar, quando alguém fica doente de madrugada, e não se identifica o problema que está causando o distúrbio. Nestes casos, é o médico de família quem é chamado. Comentando um artigo de William Osler, o autor adverte que o paciente nos respeita pelo nosso conhecimento mas nos ama pela compaixão que temos dele. Estamos presentes para dar conforto; e, mesmo que sejamos cientistas, muito do que fazemos está compreendido no nebuloso termo -embora realista- “arte médica” que se refere à capacidade de ver por trás da anatomia e fisiopatologia a pessoa que padece. E conclui com um comentário carregado de realismo, sem perder o bom humor que se espalha por todo o relato: “A verdade é que quando alguém está doente, quer ao seu lado, em primeiro lugar a mãe; e depois, também perto, o seu médico”.

Não apenas a história do nascimento da Medicina de Família como disciplina, mas a própria História da Medicina, é permeada de fatos que mostram estar o relacionamento médico-paciente assentado nos mesmos princípios aqui enunciados: um verdadeiro personalismo médico. As descobertas de Ambroise Paré, no século XVI, sobre um tratamento inovador das feridas causadas nos campos de batalha, foram guiadas, principalmente, pela compaixão para com os pacientes. Paré, que ao contrário de outros médicos da corte, sobreviveu a vários soberanos no seu cargo, compreendendo a dor do paciente que era tratado com técnicas convencionais extremamente dolorosas, procurou novos métodos para aliviar a dor do enfermo; e estes se mostraram mais efetivos no controle da infecção e da mortalidade. Curiosamente este comentário é feito por um Historiador que é, no momento, estudante de medicina (HELLIWELL, 1999)

O caráter reflexivo da prática da Medicina de Família, faz com que os que integram esta disciplina se reúnam periodicamente para analisar as experiências, avaliar os fundamentos nos quais se assenta, e redefinir funções e papeis dentro da atenção à saúde. São Congressos que guardam certa analogia com o segundo tipo de tratados de que MCWHINNEY (1997) fala no prefácio da sua obra: têm uma função primordialmente conceitual. Um destaque especial deve ser dado neste sentido à denominada Keystone III Conference (GREEN et al. 2001)

Neste contexto reflexivo para **definir os contornos da própria identidade**, PHILLIPS e HAYNES (2001) chegam a esboçar uma definição do médico de família: “É o generalista que assume a responsabilidade profissional pelo cuidado amplo de pacientes não selecionados previamente, sejam quais forem seus problemas de saúde, comprometidos com a assistência à pessoa enferma, independentemente da sua idade, sexo, doença ou síndrome que a acometa”. Esclarecem a seguir, que a **abrangência de atuação do médico de família** é determinada pelas necessidades do ser humano, e por isso cuidam dos pacientes, de modo continuado, estejam onde estiverem, quer nas intercorrências de saúde do dia a dia, quer hospitalizados ou mesmo no final da vida. O importante, para estes autores, o que marca o estilo num médico de família, é saber estar junto do paciente, seja qual for a afeição que padeça.

Um exemplo vem esclarecer este compromisso com o paciente. Os autores comentam o caso hipotético de um médico de família se deslocar até o hospital às 3:00 hs. da madrugada para internar a paciente X, por complicações da diabetes que padece. Evidentemente o médico plantonista da emergência, pode internar a paciente com maior rapidez, e, talvez perícia; o médico do corpo clínico, pode agilizar os trâmites da internação com maior facilidade; mas o médico de família acompanha a paciente, não por ser um caso de diabetes descompensada, mas por ser justamente a paciente X, Mrs. X, com quem tem uma relação de vínculo. O relacionamento, núcleo essencial na prática da Medicina de Família aparece claramente neste relato.

Os mesmos autores observam que o que mantém o médico fiel ao seu compromisso é a **atitude reflexiva** do profissional que sabe descobrir diariamente que **sua presença como médico faz diferença** na vida de uma pessoa importante, a do paciente. Naturalmente, esta presença marcante é algo que se pode efetivar através do conhecimento do paciente, do seu contexto –principalmente familiar e social. A compreensão destes fatores que traz a perspectiva do novo paradigma, torna o médico de família **um ser que se adapta** –*adaptive creatures*, na expressão textual dos autores- configurando, mais uma vez, que quem determina a função do médico de família, é o próprio paciente de acordo com suas necessidades.

Esta **flexibilidade** de atuação do Médico de Família, **desdobra-se em importantes consequências**, e serve para esclarecer alguns aspectos nem sempre bem compreendidos da sua função. Pretender definir o espectro de atuação do médico de família, sem levar em conta a comunidade –afinal composta de pacientes individuais- na qual atua, é imprudente, e provavelmente impreciso. O **papel do médico de família corre paralelo com as necessidades de atenção primária da comunidade, com os recursos médicos disponíveis, e com a própria cultura dessa comunidade**. Comunidades diferentes –do ponto de vista social, econômico, cultural- requererão atenção diferente. Se em algumas é função do médico de família assistir todos os indivíduos em atenção primária, incluída a atenção à saúde da mulher, pré-natal, obstétrica e pediátrica, em outras, sua função será primordialmente clínica, generalista, voltada para a medicina interna. O que delimita seu campo de atuação são os recursos existentes no local da comunidade; e, também, a cultura desta comunidade. De nada adiantaria impor à comunidade uma tarefa a ser desempenhada pelo médico de família –por exemplo, assistência ginecológico-obstétrica-, quando a cultura existente nessa comunidade solicita, para estas funções, outro profissional.

Sem nos estendermos mais no tema, que implicaria uma análise de políticas de saúde, fora do propósito deste trabalho, podemos apontar duas conclusões evidentes. A primeira é que o médico de família tem de ser **ensinado, e treinado, junto à comunidade** onde estiver inserido. Dai a importância da Medicina de Família como recurso educacional na graduação médica, que ajuda a preparar os profissionais que a comunidade realmente necessita. Este ponto será analisado posteriormente.

A outra conclusão é uma advertência, corroborada pelos estudiosos do tema: **mais útil** do que perder-se em discussões semânticas tentando **definir o que o médico de família faz**, é delinear, uma vez e outra mediante a reflexão que acompanha sua atuação, **como o faz, qual é o seu estilo**, e se adota em todo o momento uma postura que privilegia o relacionamento com o paciente. O seu compromisso profissional é com a pessoa, não com uma técnica determinada, ou com um procedimento, ou grupo de doenças, ou mesmo com os domínios de um

conhecimento específico. Isto evita equívocos que podem degenerar em susceptibilidades com outras disciplinas médicas. (MCWHINNEY, 1997)

A Medicina de Família **propõe-se colaborar**, colocando ao serviço da Medicina –de todas as especialidades médicas- e do paciente a perspectiva que o novo paradigma de abordagem médica traz consigo, em tudo aquilo que possa ser útil. É natural que outros especialistas, ou mesmo médicos que atuam em atenção primária compartilhem esta mesma perspectiva. O convívio entre todos deve ser harmônico e cooperativo, visando sempre o objetivo que é capaz de unificar os diversos ramos do saber médico: o benefício do paciente. E quando esta diversidade se faz docência, a unidade chega através do protagonista do processo de ensino médico: o aluno em formação, futuro médico.

Existe um **estreito relacionamento**, na abordagem proposta pela Medicina de Família, entre a atuação junto ao **paciente** e junto ao **aluno** que está sendo formado. De volta para os relatos históricos, CAMERON (2000) remonta-se a 1962 quando os Médicos Generalistas na Canadá, iniciaram seu envolvimento com a educação médico, surgindo daqui a semente para o nascimento formal da Medicina de Família. Anota nesta reflexão histórica que o papel do Médico de Família não é transitar, sem objetivo fixo, de um campo da medicina para outro, mas ser de verdade um homem de ciência que saiba aplicar a arte da moderna medicina. A pergunta que se formula diz respeito ao processo de educação: Como formar este médico? E reconhecendo não ser simples, é de todo ponto de vista evidente que é preciso construir um **profissional moderno, atualizado, que atenda as expectativas da população e que esteja atento -sendo um líder- ao processo de educação continuada**. Esta questão educacional tem estado inevitavelmente presente no desenvolvimento da Medicina de Família.

Surge assim uma outra dimensão essencial na prática da Medicina de Família, instalada no contexto acadêmico: a **dimensão educacional**, o pensar no processo de educação médica. **O médico de família é, sempre, um educador.**

O **papel integrador** que cabe ao Médico de Família é amplamente comentado num documento emanado também da Keystone III Conference (STANGE et al., 2000). A Medicina de Família estaria situada no centro, integrando os quatro quadrantes do conhecimento, o que se traduz em incorporar de modo prático o progresso técnico e evidências científicas, o conhecimento da comunidade para poder aplicá-las, interagir com o contexto vital do paciente para compreendê-lo e, finalmente, um exercício reflexivo da sua atuação.

Aparecem, assim, com nitidez as **componentes básicas**, tanto do corpo de conhecimentos teóricos e metodológicos, como da prática da **Medicina de Família**. Por um lado **atenção primária à saúde**, o que implica conhecer o paciente individualmente, além da comunidade onde se estará inserido para atuar com eficácia. Por outro, duas componentes que derivam do caráter reflexivo sempre presente na prática da Medicina de Família, talvez uma das disciplinas médicas com maior perfil auto-reflexivo, na opinião de MCWHINNEY (1997). Estas são: a **educação médica** e a **vertente humanista**. O humanismo da Medicina de Família, muito próximo do que DECOURT(2000) caracteriza em William Osler como “exercício filosófico da profissão”, constitui assim auxílio que facilita a reflexão profissional primeiramente, sendo também um recurso imprescindível no processo de educação médica, também hábitat natural do Médico de Família

O perfil peculiar que este tripé confere à Medicina de Família, faz com que alguns pesquisadores apontem uma quarta característica que se decorre naturalmente dentro deste conjunto bem definido: a **formação de lideranças** (CARMICHAEL, 2001). O Médico de família -porta natural de entrada para a saúde procurada pelo paciente, educador e professor, conhecedor do ser humano dentro do seu contexto- é um formador de lideranças, um criador de opinião, e sempre um interlocutor eficaz para o paciente e para o aluno que procuram ajuda.

Cada uma destas componentes merece uma atenção especial, para entendermos melhor o perfil deste profissional que tem sua razão de ser num verdadeiro compromisso existencial. As palavras de um dos diretores da American Academy of Family Physicians ilustram este compromisso: “Somos a interseção

entre a cura e o cuidado, entre a tecnologia e a confiança, entre as forças econômicas e a igualdade social” (GRAHAM, 1997)

Medicina baseada no paciente: uma metodologia do cuidar

“Actually, I don't *have* patients. I just take care of people”

Charles Chouler, M.D.

A análise realizada sobre o corpo próprio de conhecimentos da Medicina de Família, conduz espontaneamente ao tema que agora nos ocupa. Tudo começa no relacionamento, entre o médico e o paciente, numa interação pessoal e personalista –quer dizer, leva em consideração a individualidade das pessoas envolvidas- e cabe ao paciente o papel de protagonista neste cenário. Partindo desta premissa, é possível estudar a postura que o médico deverá adotar para levar adiante este relacionamento e, apoiado nele, conduzir sua função de cuidador com eficácia. As considerações decorrentes deste estudo serão pois verdadeiros elementos metodológicos, próprios da abordagem proposta pela Medicina de Família. Uma metodologia que tem como núcleo a pessoa do paciente: *Patient Centered Method, Patient Based Medicine*. (MCWHINNEY, 1997; STEWART et al., 1995)

Este postulado, de per si simples e compreensível, para ser vivido na prática requer ciência e habilidades específicas. Daí que a reflexão sobre esta verdade colocada de modo transparente, não seja simples tautologia, mas sirva para apontar aspectos, perspectivas e até detalhes, que facilitarão a adoção desta postura –lembre-se: um novo paradigma, uma outra visão da realidade e das formas (*Gestalt*)-no afazer médico cotidiano.

MCWHINNEY (1997) é claro na sua afirmação: **conhecemos a pessoa antes de conhecer a doença**. O que significa que os **recursos naturalmente utilizados** para conhecer pessoas devem fazer parte dos modos e do instrumental do médico. Aqui entram aspectos tão pouco concretos e nada mensuráveis como a intuição, as emoções –próprias e alheias- e as variadas vertentes que levam à empatia e à

compreensão entre os seres humanos. Poder-se-ia dizer, com razão, que são questões dependentes da subjetividade; mas é assim que as coisas se passam entre os seres humanos, quando se trata de decidir temas de vital importância. Baste lembrar os critérios que levam a decidir pelas amizades, pela constituição de uma família, pela simpatia, amor ou repulsa, enfim, pelo que concerne ao universo factual de decisões na vida cotidiana do ser humano. As maneiras naturais de relacionamento entre as pessoas são, na Medicina de Família, também metodologia, questões que requerem abordagem científica.

De modo gráfico explica ORTEGA (1981) esta questão. “Não somos somente olhos e ouvidos e pensamento; mais profundamente do que isto, somos emoção. Há um atender e desatender sentimentais que costumamos chamar estima ou desafeto. Quando vemos ou pensamos em algo, além de vê-lo e pensá-lo, fazemos recair sobre esse objeto nossa valoração. Não existe nada que nos seja indiferente: o amamos ou odiamos; o estimamos ou menosprezamos; no fim das contas, o preferimos ou descartamos. Levamos dentro de nós uma incansável máquina de preferir que nos faz colocar as coisas numa perspectiva sentimental, verdadeiro sistema de valores”. Igualmente MARINA (1996) comenta; “Nosso contato básico com a realidade é sentimental e prático. Antes de mais, as coisas são o que são ‘para mim’; sua essência é o aroma que embalsama ou envenena minha vida. Somente após um esforço enorme o olhar pode convergir para o interesse por aquilo que permanecia no campo da indiferença, ‘o que as coisas são em si mesmas’, como uma essência sem odor, uma substância sem sabor”. E ainda podemos concluir com MARIAS (1977): “O que mais pode descobrir aos nossos próprios olhos quem somos verdadeiramente, isto é, quem pretendemos ser, é o balanço insubornável dos nossos entusiasmos, dos nossos anelos”.

A surpreendente facilidade e clareza com que os filósofos abordam estes temas que, para eles, são de ordinária administração, reforçam a questão já enunciada de **procurar nas fontes humanistas** –filosofia, antropologia, história, artes em geral- **recursos que deverão ser incorporados**, de algum modo, no arsenal metodológico do sistema proposto pela Medicina de Família, para construir de modo prático e factível o novo paradigma. O humanismo não será, neste contexto, para o

Médico de Família, um aspecto diletante, ou mesmo complementar, mas estará situado **no cerne da sua formação** – e do processo educacional do qual participa-, como verdadeira necessidade que garante sua identidade e o seu referencial teórico.

Aos poucos, começam a surgir na literatura, exemplos em forma de histórias de vida que ilustram esta questão. Um aparecimento ainda um pouco tímido, próprio de quem receia um certo questionamento por parte da comunidade científica da validade da experiência, mesmo admitindo a utilidade que esta lhe brinda em termos pessoais, como exemplo construtivo e didático. É o caso relatado por FRANK (1999), onde a cultura que o médico possuía e, particularmente o conhecimento de literatura inglesa, valeu-lhe a confiança da paciente e, com ela, a colaboração no tratamento, com sucesso.

Em dois artigos **conceituais**, MCWHINNEY (1997-2) **particulariza a importância do modo de ser diferente que caracteriza o paradigma da Medicina de Família**. O autor pergunta-se por que é diferente a Medicina de Família, e responde com quatro argumentos. O primeiro já nos é conhecido e tem sido amplamente comentado neste estudo: a Medicina de Família se define mais pela relação médico-paciente do que pelo seu conteúdo. Conhecemos a pessoa antes de conhecer a doença que padece. Qualquer especialidade se define pelo seu objeto de estudo; aqui, em Medicina de Família, o essencial é a relação, a abordagem, a pessoa que está em primeiro lugar.

O **segundo argumento-resposta** traz um desdobramento prático do anterior: o médico de família **centra-se mais no caso individual do que no geral**. De modo gráfico, o autor reconhece que quando, nas discussões clínicas, se fala de uma patologia determinada, não pode evitar lembrar-se de “Mr.X”, algum paciente dele, que tem essa patologia. Não pode evitar e, provavelmente, não quer fazê-lo, já que quer alimentar dentro dele a perspectiva desse novo paradigma. Existe, na perspectiva do médico de família, uma vinculação que é uma permanente associação de idéias, entre a doença e o paciente concreto.

O autor prossegue na explicação recorrendo a uma analogia expressiva: pode-se conhecer um local, estudando-se o mapa, ou vivendo no próprio território. O mapa nos fornece informações precisas, completas, objetivas, embora frias. O habitante daquela região “vive o território” e intui, com suas vivências, um conhecimento que o mapa é incapaz de transmitir. Uma imagem para explicar que em Medicina de Família deve-se, de algum modo, “viver o território” em estreita solidariedade com o doente. Tudo isso é possível pela relação peculiar médico-paciente, que propicia um conhecimento vivencial maior.

O **terceiro argumento considera os modelos propostos para o estudo**. A Medicina de Família está baseada num modelo organicista, não mecânico. Aqui, entende-se por organismo aquilo que ocupa espaço, persiste no tempo, tem relações e interage com o ambiente. Por isso as leis da física e da biologia não são aplicáveis mecanicamente. É um modo de salientar a individualidade que envolve a doença quando acontece em alguém em particular. A doença reveste-se das peculiaridades de quem está doente, e neste sentido apresenta diferenças às quais o médico deve estar atento.. O **quarto argumento** é uma variação desta mesma noção: **as etiologias e terapêuticas** das doenças devem ser consideradas como algo interativo com o organismo que é multi-facetado. A conclusão é evidente. Dá-se todo o destaque para a pessoa doente, não para a doença, já que esta é sempre algo pessoal, individual. Deste modo o Médico de Família estuda a doença na sua “versão pessoal”: quer dizer, estuda *este paciente em particular*.

Centrar o objetivo de estudo na pessoa, traz consigo a **superação de um dilema** de natureza muito mais acadêmica do que prática: o **dualismo mente-corpo**, e o âmbito ao qual pertence a moléstia que se estuda. O médico de família não tem necessidade de se formular a clássica pergunta –esta doença será do corpo, ou da mente, psicogênica?– já que a resposta é sempre categórica: **a doença é da pessoa**. O homem não pode ser “fatiado em aparelhos”nem dissociado em “mente e corpo”. É preciso tratar o paciente como um todo único, pois essa é a verdadeira realidade com a qual nós, os médicos, nos deparamos.

A Medicina centrada no paciente pressupõe ter sintonia com ele, isto é, captar os sinais no corpo e nas atitudes do paciente, que revelam suas peculiaridades: a postura, a expressão, os raciocínios, medos, incertezas, sentimentos e emoções. Por isso é preciso observar “além do corpo”, e aprender a ouvir. Afirma o autor: “Ouvir alguém com uma atenção não dividida é o maior presente que podemos oferecer. Ouvir não apenas com o ouvido, mas com todas as nossas faculdades, especialmente com o coração aberto. Isto não será possível se apenas vemos o “mapa”, se estamos pensando no que vamos dizer, ou consumidos pelas próprias emoções.”

HEBERT (1998) faz notar que neste relacionamento entram em jogo a confiança, o cuidado e o respeito para com os pacientes. O médico é uma **testemunha privilegiada** das idiossincrasias de cada paciente e das histórias de vida onde a doença acontece. No encontro do médico com o seu paciente defrontam-se os conhecimentos científicos com o conhecimento do ser pessoal para aplicá-los adequadamente. O autor anota: “Não somos menos do que ninguém. Dificilmente o super-especialista consegue um relacionamento com o paciente que lhe permita acompanhá-lo do berço até o túmulo. Conseguimos manejar mais de 70% dos problemas com que nos deparamos sem necessidade de encaminhá-los a terceiros e praticando uma investigação mínima. Distinguimos o doente do sadio, o trivial do que é grave. Conhecemos a diferença entre ‘o mapa e o território’; estamos preparados para caminhar através do território da vida dos nossos pacientes”.

Aprofundando no relacionamento STEPHENS (1992) traz uma contribuição ao tema sempre presente, quando se estuda o vínculo médico-paciente: **o envolvimento do profissional, os laços afetivos e os limites possíveis e necessários**. O autor, que intitula sugestivamente o seu trabalho – *Atos de carinho* – faz notar que os médicos vivem simultaneamente em dois mundos: o racional e técnico, de um lado; e o mundo dos sentimentos, valores e significados, do outro. A conexão difícil, embora necessária, de ambos, verdadeira condição de eficácia no serviço prestado ao paciente, consegue-se mediante a doação. Uma doação que é, no entender do autor, disponibilidade; e uma postura de incondicional solidariedade junto ao paciente. “O médico se oferece a si mesmo. Oferece-se como experto em ciência e também como portador de sabedoria, conforto e amizade” –afirma

textualmente. Evolui no seu raciocínio, apresentando as situações onde esta atitude do médico é particularmente manifesta: a dor, a morte, o contato com o paciente terminal. Neste ponto acrescenta: “Temos o dever de suavizar o leito da morte. O ser humano precisa de alguém que absorva suas tristezas como antídoto contra o abandono que sofre em mãos de uma tecnologia impessoal.

Saber **habitar no mundo do paciente, permanecendo ao mesmo tempo cidadão do mundo científico**, é competência que se deve esperar do Médico de Família. E o mundo do paciente –com seus significados e valores- traz contribuições que de algum modo, condicionam a eficácia no processo de cuidar. A perspectiva que o paciente tem da sua doença e das limitações que ela lhe impõe, não representa apenas surpresas interessantes para o médico, mas verdadeiras orientações que o auxiliam na sua função. Neste sentido, LOEWE e FREEMAN (2000) mostram, num estudo com orientação fenomenológica, as diferenças existentes entre o modo como os médicos e os pacientes –no caso, pacientes diabéticos- vivenciam sua moléstia, e o que pensam dela. As diferenças, como observam os autores, atingem desde as causas etiológicas da doença, até o prognóstico da mesma, incluindo naturalmente os sintomas, sinais e tratamento.

Em última análise, **o que manda no processo de curar é o que o paciente entende como verdadeiro**, cabendo ao médico –se o considera imprescindível para o sucesso do tratamento- apresentar outras perspectivas, que no mundo do paciente possam ser aceitas como certas. Desta habilidade depende a continuidade no tratamento, que é sempre um relacionamento de mão dupla, entre o médico e o paciente, que não é dado de início, nem é uma situação inerte, mas um vínculo que vai sendo conquistado, construído em parceria. Para que o médico cumpra a sua parte, tem de ser reconhecido pelo paciente, valorizado. É o paciente quem confere o aval de qualidade ao médico. (MCWHINNEY, 1997)

As diversas considerações aqui expostas na tentativa de esboçar a abordagem proposta pela Medicina de Família no método centrado no paciente, desemboca inevitavelmente na necessidade que o médico tem de **progredir no conhecimento próprio**. Requer por parte do médico uma atitude reflexiva para conhecer-se

primeiro a si, para poder depois conhecer tudo o que é relativo ao paciente. Comenta MCWHINNEY (1997-2) que os médicos devem perder o medo de conhecer-se, de apalpar suas emoções que não podem ser amputadas, pois fazem parte da sua arte médica. A carência desta atitude faz com que o médico tenha sido definido algumas vezes como um profissional de emoções atrofiadas (*Stunted emotions*).

Este aspecto nos conduz de novo ao **âmbito reflexivo peculiar da Medicina de Família**, e que leva consigo um arriscado compromisso: tomar consciência de que o que faz a diferença na atuação, acarretará de algum modo, como desdobramento natural da reflexão, o comprometer-se como pessoa –por tanto, com a vida, a única vida que temos para viver- neste empenho. A vida do médico, vista da perspectiva da Medicina de família, não é algo separável da sua atividade profissional pois ambos os processos caminham paralelamente, sem isenções mútuas, em unidade vital e permanente.

O Médico de família como Educador

"Family Doctors may sometimes seem like mules.
They work hard, solve many problems, but cannot reproduce.
It's time to change this, and to develop ways of training
new family doctors by ourselves"
Joshua Freeman, M.D.

A construção do novo paradigma que conduz à metodologia centrada no paciente, implica, como condição de própria subsistência, pensar como se podem ensinar todas estas questões no âmbito acadêmico, na Universidade. O estabelecimento da Medicina de Família como disciplina acadêmica, com corpo próprio de conhecimentos, métodos de pesquisa, produção científica e publicações, depende em grande parte de uma **sistemática também própria no método de ensino**.

GOLDWIN (2000), analisa a importância da pesquisa em Medicina de Família, e comenta um artigo de MCWHINNEY (1969) que indica a necessidade que o médico de família tem de fazer pesquisa e de ensinar através deste trabalho de investigação. Sem estas componentes –comenta McWhinney- nunca passaremos das impressões aos fatos, não construiremos uma **metodologia que nos permita ensinar este modelo** aos que venham depois, e ficaremos transmitindo a impressão de que nosso modo de trabalhar depende apenas do “carisma e da inspiração individual”. Em faltando a sistemática e a metodologia, que permita tornar o modelo matéria de aprendizado –*fazer escola*, como diziam os antigos- permanece-se no individualismo, o que acaba tirando-lhe credibilidade por não ser possível de reproduzi-lo e incorporá-lo na formação universitária.

Entende-se bem através desta advertência –formulada quando a Medicina de Família iniciava sua instalação como disciplina acadêmica nos países anglo-saxônicos- a grande atenção que os médicos de família dedicam ao tema educacional. Uma dedicação que ao longo dos últimos 30 anos, tem chegado a ser não apenas importante, como essencial. Hoje em dia, é consenso universal, que **não se pode exercer a Medicina de Família no âmbito acadêmico, na faculdade de medicina, sem pensar em Educação**. Aquilo que começou por ser uma necessidade para a instalação universitária do novo paradigma de atenção médica, acabou constituindo –pelo contato ininterrupto com o aluno, pela reflexão continuada, e pelas pesquisas produzidas neste âmbito- espaço propício para pensar em Educação Médica como um todo.

Assim se explica a constituição de Sociedades de Professores de Medicina de Família, que, paralelas às Associações Médicas da Especialidade, tem como objetivo primordial fomentar e desenvolver a metodologia do ensino, primeiramente do modelo que a Medicina de Família propõe, mas também contribuir para a melhora da formação integral dos futuros médicos. Pode-se citar como exemplo em Estados Unidos de América, a Society of Teachers of Family Medicine (STFM), que trabalha à par da American Academy of Family Physicians, cuidando dos aspectos educacionais desta disciplina. (cfr STFM in <http://stfm.org>)

A elaboração de uma **sistemática própria de ensino** redundaria numa ampla produção de trabalhos, textos, revistas científicas e manuais que, junto com as obras conceituais –como é o caso da obra de MCWHINNEY (1997)- desenvolvem a metodologia do processo de ensino-aprendizado. A citação extensa desta produção seria fatigante e fugiria ao propósito do presente trabalho. Como amostra significativa, vale a pena comentar a obra de STEWART et al. (1995), pelo que tem de clareza na exposição sistemática.

Os autores procedem a uma **revisão conceitual da perspectiva de abordagem** que a Medicina de Família propõe, na primeira parte da obra. Assim são estudados a distinção entre doença (disease) e enfermidade (illness), o entender a pessoa como um todo, encontrar o mundo do paciente e universos comuns, incorporar a prevenção na perspectiva médica habitual, o relacionamento, e um último capítulo sobre a necessidade de ser realista na abordagem: fazer o que se pode fazer, sem perder-se em ideais impossíveis diante do caso concreto. A segunda parte versa especificamente sobre metodologia de ensino-aprendizado, com a abordagem dos problemas mais comuns no ensino do método clínico centrado no paciente, e ilustrado com profusão de exemplos e casos práticos. É incluída ainda uma terceira parte dedicada à pesquisa no relacionamento médico-paciente, que aponta recursos para melhorar este cenário.

Alguns assuntos chamam a atenção nesta obra. O primeiro é a **integração prática** que se faz das questões em conexão com o caso real. Mostra-se a construção do novo paradigma sobre o caso clínico concreto. O segundo é notar que todos **os autores são professores da disciplina de Medicina de Família** em diversas Universidades de Estados Unidos de América. E o terceiro é comprovar que **vários deles não são médicos**, embora pertençam ao quadro docente da disciplina. A colaboração com os estudiosos da educação, exprime seriedade e competência além de ser um fator de credibilidade nesta missão educadora da Medicina de Família.

Pensar em educação, para o médico de família, é garantir a continuidade do modelo por ele proposto. As questões educacionais que o novo paradigma levanta, devem ser abordadas com profissionalismo. Por isso se entende que quando a reflexão sobre educação é profunda, continuada, e auxiliada com a colaboração das

ciências sociais –cuja importância em Medicina de Família já foi apontada- os resultados sejam criativos. **Uma criatividade que atinge não apenas as questões específicas do ensino da Medicina de Família, como o próprio referencial teórico do processo educacional médico.**

Neste sentido, é sobremaneira interessante a obra de RUBENSTEIN e TALBOT (1992) onde a partir de um exemplo fictício –um médico que deseja transformar o seu consultório num espaço educacional- analisam questões de profundo impacto teórico.. Assim: Como se aprende, como se ensina, o aprendizado nos adultos, os conteúdos e as esferas do processo de aprendizado, para finalizar com o que denominam “o contrato do aprendizado”.

Os autores enfatizam que o **processo educacional é um compromisso a dois: entre o professor e o aluno**, devendo ambos estar igualmente comprometidos num contrato de educação, que não precisa ser formal, mas existe tácitamente. O professor é um **facilitador de aprendizado**, mais do que um detentor de conhecimentos. E isto porque, em se tratando de ensinar adultos, é preciso comprometê-los nos objetivos educacionais, torná-los parceiros e interessados no processo. Isto se consegue quando o professor adota uma postura diferente do simples comunicador de informação, e passa a ser um colaborador do aluno. Em linguagem simples, se poderia dizer: “Ao invés de afirmar eu sou o professor, e vou mostrar o que você aluno deve aprender, é preferível levantar a questão: o que você pensa, como aluno, que eu como professor lhe posso ensinar? Onde posso ajudar?”. Esta mudança de postura aparentemente simples –que os autores intitulam textualmente *discovery teaching*- , cria no aluno uma necessidade de conhecer, motiva-o e o torna o principal interessado, além de protagonista do processo educativo.

Ainda esclarecem os autores que é essencial no aprendizado do adulto –denominado de *andragogia*, em vez de *pedagogia*- que **o estudante defina seus próprios objetivos** e metas no espaço educacional, as partilhe com o professor e, juntos, estabeleçam caminhos para atingi-las. Naturalmente a metodologia que torna possível esta nova perspectiva no processo de ensino-aprendizado tem seus próprios recursos, cuja análise aqui estaria fora de propósito. Mas vale a pena notar que os autores salientam a importância do caso concreto, da situação factual para torná-la

ponto de partida de aprendizado, sem esquecer a ocasião que é brindada no surgimento dos problemas com os quais o aluno se depara no seu dia a dia e que trazem uma forte carga emocional. As emoções são também , em Medicina de Família, uma oportunidade e um recurso educacional.

O **ensino através do exemplo** é um método clássico, não exclusivo da metodologia da Medicina de Família, nem mesmo da Medicina. A história nos mostra que é possível aprender atitudes, técnicas e a própria arte, vendo alguém fazer alguma coisa, vendo-o agir. As corporações de ofício, no século XII, são um modelo clássico onde o aprendiz se instruía junto do mestre, vendo-o atuar, e trabalhando do seu lado. Incorporava assim, não apenas uma técnica, mas verdadeiros estilos, que são modos de olhar e apreciar a realidade. E destes modos de olhar, como natural continuidade, surgiam as escolas, que eram perpetuação de ciência, arte, verdadeiras perspectivas de vida. A universidade, na sua gênese histórica, está também estreitamente emparentada com as corporações de ofício.

Esta modalidade de ensino, universalmente aceita no âmbito educacional –para não falar da própria vida, como no caso do aprendizado dentro do contexto familiar, ou mesmo na vida profissional- é incorporado na Medicina de Família como um recurso educacional concreto. Implementar esta incorporação requer naturalmente **pensar os caminhos possíveis** para fazê-lo, pois o consenso sobre um tema, não cria automaticamente o sistema para a sua aplicação prática. BUCKMANS (2000) enfatiza esta questão, mostrando como o exemplo concreto de um docente, junto do paciente grave, lhe foi de mais utilidade que todas as aulas teóricas ouvidas sobre o tema. Tudo aponta para um **necessária proximidade do professor junto do aluno, em contato com o paciente**, como possível caminho metodológico a ser seguido (SWENSON e ROTHSTEIN, 1996; BLASCO et al., 2001)

Ensinar junto ao paciente significa que o aluno deve ver agir o docente, trabalhar junto com ele, e atuar com a supervisão do docente, passos deste caminho metodológico. Surge aqui uma questão importante, que **é da preparação do docente, para ensinar estes aspectos peculiares do novo paradigma**, e por tanto para ser conhecedor da sistemática de ensino que lhe é própria. HENNEN (2000), em artigo de retrospectiva histórica, levanta a questão de modo claro. Lembra os

inícios da Medicina de Família como disciplina acadêmica no Canadá, nos anos 60. Lembremos que a reforma desencadeada pelo relatório de A. Flexner tinha banido os generalistas –que estavam mal preparados- da academia, confiando a formação dos futuros médicos apenas aos especialistas. O autor anota a seguir: “Parece ser nocivo para a formação dos estudantes estarem apenas em contato com os especialistas durante a graduação. Não é justo queixar-se de que muitos estudantes optam por especialidades quando é o próprio processo da educação médica que apresenta as especialidades como único campo de prestígio e interesse na medicina”.

A seguir faz notar **a dificuldade que o estudante tem para passar de um sistema onde o Hospital é o centro habitual da sua formação** durante a graduação (Hospitalocêntrico), para um sistema de atenção primária após graduar-se, realizado quase sempre fora do hospital. Como possível solução deste dilema, recomenda além do estudo das humanidades, em particular da sociologia, instalar um sistema de **preceptorial, e modelos onde os estudantes possam acompanhar os generalistas no seu campo diário de ação**: no consultório, nas visitas domiciliares. Isto propiciaria ao estudante um aprendizado sobre temas que habitualmente não são abordados na Universidade, onde estão incluídos desde aspectos específicos da Atenção Primária, até questões de caráter prático e administrativo: como organizar um consultório, como aconselhar um paciente pelo telefone, o modo de registrar os dados no prontuário, e outros.

De um modo mais direto FREEMAN et al. (2000) enfatizam a importância de que sejam os **Médicos de Família** os que, dentro do espaço acadêmico, **se encarreguem de formar** os futuros médicos de família. Mesmo com a colaboração necessária dos especialistas, para o aprendizado de questões específicas, os autores salientam a importância de que seja a disciplina de Medicina de Família a que **integre os conhecimentos adquiridos**, e por tanto, acompanhe a formação –no caso dos residentes- de modo continuado, com periodicidade até semanal, para deste modo permitir **uma leitura e reflexão à luz do novo paradigma** dos conhecimentos e experiências adquiridas no treinamento junto a outras especialidades.

A questão aqui levantada, que tem o seu foco de atenção na **preparação de docentes e na integração de conhecimentos que se adquirem na escola médica**,

encontra na proposta da Medicina de Família uma importante colaboradora.

Deste modo, a Medicina de Família na Universidade, seria um elemento integrante no processo formativo, e um ambiente de reflexão continua sobre o próprio processo de formação médica. Um espaço que permite florescer um humanismo médico, atualizado, moderno, reflexo do equilíbrio no binômio ciencia-arte que o médico deve representar. E deste modo, a Medicina de Família, instalada no âmbito acadêmico, contribuiria não apenas para construir os futuros médicos de família, com a qualidade universitária que deles se espera, mas também como uma ferramenta eficaz para formar médicos que saibam estar atentos aos seus pacientes, lidar com eles, adaptar-se às suas necessidades, independentemente da especialidade que os estudantes assim formados sigam depois. Nesta dimensão, a Medicina de Família surge como instrumento eficaz na própria formação médica e como caminho possível no processo de re-humanização da medicina. A história da Medicina de Família em outros países, hoje já instalada na Escola Médica mostra assim que o caminho é claro, embora não isento de dificuldades.

O Médico de família:um profissional comprometido com o novo século

*"A arte da medicina se encontra em algum lugar:
entre a dúvida do humanista e a certeza do cientista"*

P.Vinten-Johansen & E. Riska

Technology is so much fun but we can drown in our technology.

The fog of information can drive out knowledge

D. Boorstin

O modelo médico acadêmico proposto pela medicina de família, que vai ao encontro das necessidades do paciente em atenção primária, e se insere de modo natural no processo educacional dos futuros médicos, faz deste profissional um elemento que detém responsabilidades particulares nos tempos atuais. Cabe aqui uma análise sucinta do alcance destas responsabilidades, que ajudará a delinear com maior precisão o perfil do médico de família, e contribuirá para a elaboração de uma

metodologia adequada para formá-lo à altura da missão que a sociedade lhe confia neste novo século.

Em artigo com perspectiva histórica CARMICHAEL e SHCOOLEY (2001) relatam a sua experiência na institucionalização da Medicina de Família como disciplina acadêmica. Um lógico resultado dos movimentos de saúde na procura da atenção primária, no início desconexos, que tiveram lugar nos Estados Unidos na década de 60. Instalar uma disciplina academicamente implicou o estabelecimento de Programas Formais de Treinamento, assim como Associações de Classe, e, com particular destaque a Sociedade de Professores de Medicina de Família (STFM), entidade consagrada ao processo educacional em Medicina de Família.

A contribuição original das reflexões que os autores fazem neste trabalho é perguntar-se qual o papel do Médico de Família no universo atual, com uma tecnologia crescente. E a resposta pode ser resumida de modo simples: **“O Médico de família deve educar e de algum modo ‘defender’ o paciente do uso indiscriminado da tecnologia’**. Em outras palavras: colocar a tecnologia ao serviço do paciente, e não deixar que, por descuido, a técnica acabe servindo aos interesses genéricos ‘da ciência médica’, ou mesmo, ‘do especialista’. Este papel de **educador e defensor do paciente** (*advocacy*), é uma das responsabilidades que a sociedade atribui ao Médico de Família. Postulam os autores que o Médico de Família deve tornar-se um **verdadeiro investigador** que procura (*human browser*) entre as várias possibilidades que a ciência e os recursos oferecem, **a mais conveniente para o paciente**. E concluem: “o médico de família tem a responsabilidade de vasculhar no sistema médico, e naquilo que a ciência oferece, para oferecer ao seu paciente a melhor possibilidade de diagnóstico e de cuidados”. Naturalmente a competência necessária para esta função implica preparar este profissional de um modo moderno, atualizado, em formação continuada.

Por este motivo, notam os autores a necessidade de criar espaços –literalmente, fala-se de verdadeiros campus– de formação em Atenção Primária, onde na prática se possa aprender a integração entre o que o progresso científico oferece, e as necessidades reais do paciente que é atendido. Isto nos situa perante

outra responsabilidade: a inserção na comunidade, que implica conhecer e formar-se junto àqueles que usufruirão dos serviços deste profissional, hoje ainda estudante

O tema da **integração na comunidade** é estudado por CANDIB e GELBERG (2001), partindo, como é habitual em Medicina de Família, da atitude reflexiva requerida no profissional. Antes de estudar ação concreta em saúde, e desdobramentos políticos, torna-se necessário perguntar por aquilo que dá sentido à profissão médica –no caso, à função do médico de família- e à própria vida deste médico. As autoras afirmam que o desejo de tornar o mundo melhor através do trabalho profissional é uma motivação que deve ser estimulada no processo de formação. E esta atitude pode ser fomentada **quando colocado o aluno em contato com o paciente, durante os anos de formação**. Neste momento, cresce o desejo de ajudar com a ciência médica que se está adquirindo ao tempo em que vai tomando forma a possibilidade de uma ajuda que venha melhorar as condições sociais dessa comunidade pela qual o aluno, de algum modo, se sente responsável. Conclusão importante deste comentário é que **“não basta mostrar ao aluno a comunidade de um modo esporádico, mas é preciso facilitar caminhos para projetos de atuação responsável junto à comunidade”**. Consegue-se deste modo fomentar a **responsabilidade social do médico**, e fazer com que venha a descobrir quais são as necessidades reais da comunidade, e onde ele pode ajudar na prática.

O contato do aluno com o paciente no seu contexto familiar e social, traz consigo benefícios educacionais na opinião das autoras, pois o paciente cria vínculo com o aluno –cuja condição conhece- e, de algum modo, aprecia seu trabalho não apenas pelo entusiasmo próprio da juventude, mas porque permite que o paciente “participe de uma maneira menos formal, num relativo plano de igualdade”.

Os programas que colocam o aluno em contato com a comunidade levantam, no seu desenvolvimento, uma outra questão, que é também uma responsabilidade –ou pelo menos uma realidade de fato- da alçada dos educadores em Medicina de Família: **a formação de lideranças**. É o caso do Programa relatado por HAQ et. Al (2000), onde os estudantes têm a oportunidade de trabalhar com a comunidade em

período acadêmico curricular, e desenvolver ao mesmo tempo habilidades nos diversos estilos de liderança e, naturalmente no conhecimento próprio.

A **formação de lideranças** envolve não apenas trabalho conjunto, e entusiasmo, mas também reflexão e **referencial teórico com uma fundamentação filosófica**. Uma reflexão desta ordem é a oferecida por BOGDEWIC (2001), em momentos em que este autor ocupava o cargo de Presidente da STFM. “Um líder é alguém cuja história torna possível que os sonhos de outros se tornem realidade. Não posso deixar de pensar naqueles que me ensinaram que Medicina de Família é muito mais do que simples prestação de serviços de saúde. Trata-se de um compromisso onde o cuidado da saúde está compreendido num contexto maior”. O autor, após enfatizar que o relacionamento é o valor básico que sustenta a Medicina de Família como disciplina (*core value*) -algo que sempre deve estar presente, seja qual for a atuação concreta de atenção à saúde-, observa que é próprio da liderança, não apenas a empatia e a boa vontade, mas também possuir os recursos e a ciência adequada. “De nada adianta pensar que o bem sempre triunfa sobre o mal, se não sabemos como fazer que isso aconteça”. E conclui: “Um líder é alguém que consegue aglutinar pessoas ao seu redor, e mantendo-se absolutamente firme naquilo em que acredita é capaz de conduzir o grupo à sua volta percorrendo juntos o caminho, como uma família unida e forte, em sintonia, crescendo através do mútuo apóio”.

Formar lideranças tem uma estreita relação com **aprender a trabalhar em equipe**, em verdadeira integração, que é o **resultado esperado do trabalho de um líder**. Este mesmo autor, em trabalho anterior (BOGDEWIC, 2000) analisa de modo gráfico as possibilidades de trabalho dentro de uma equipe. Considera duas dimensões de análise, num plano cartesiano, que denomina *sociability* (que poderíamos traduzir como sintonia entre os componentes do grupo), e *solidarity* (traduzível como afinidade e união de finalidades). A partir desta base, o autor comenta as quatro combinações possíveis destas variáveis. Assim, um grupo pode possuir baixa sintonia e baixa afinidade, resultando numa realidade claramente fragmentada. Pode possuir alta afinidade, mas pouca unidade de fins, o que o autor denomina *Networked*, que significaria bom entendimento entre os componentes, mas

sem clareza de finalidade. Em outras palavras: um bom grupo de amigos, mas não uma equipe de trabalho. O grupo pode ter ainda alta afinidade, clareza de fins, e baixa sintonia. O resultado é o que o autor denomina *Mercenary*, cuja tradução é evidente. Finalmente, quando o grupo possui alta sintonia e alta afinidade, consegue-se uma boa integração de trabalho, que denomina *Communal*. Naturalmente este último é o modelo que o autor propõe para o trabalho que a Medicina de Família deve desenvolver na academia. Não basta boa sintonia, ser um grupo de pessoas que se entendem e compartilham os mesmo ideais –condição sem dúvida necessária; é preciso também estabelecer metas e programas de trabalho claros, e perseguir objetivos. O líder é, naturalmente, um catalizador deste processo.

A pesquisa faz parte da construção da própria identidade como disciplina, sendo esta outra das responsabilidades que cabem ao Médico de Família no ambiente acadêmico. GOLDWIN (2000) aprofunda no tema mostrando que através da pesquisa, a Medicina de Família vai perfilando com nitidez seus contornos, aparecendo de um modo estruturado as realidades envolvidas neste universo: “saber o que fizemos, o que estamos fazendo e o que precisamos fazer no futuro”-afirma o autor.

Um aspecto interessante que o autor destaca é notar, com certa surpresa, que grande parte da pesquisa realizada por Médicos de Família, com resultados publicados, versa sobre o próprio modelo de atuação do médico (o autor constata até 43% das publicações). Uma pesquisa de caráter claramente reflexivo, que atenta nas atitudes do médico, como profissional e como educador e que o autor qualifica humoristicamente como *navel gazing research* (que poderíamos livremente traduzir como pensar no próprio umbigo). O próprio autor reconhece, depois de apresentar as diversas categorias de pesquisa publicadas por Médicos de Família, que as suas também correspondem a este perfil, pois não há como fugir de interrogar-se, uma vez e outra, sobre as questões básicas que orientam a atuação sobre o novo paradigma. É, portanto, uma pesquisa que tem caráter conceitual, de reforço dos valores básicos da ciência de Medicina de Família.

Faz notar este autor, que seria necessário conduzir pesquisas, com o mesmo caráter reflexivo, mas sobre a realidade do paciente, e não apenas sobre o médico. Refletir sobre o paciente, procurar entender o seu mundo e valores são **o ponto de partida da pesquisa denominada qualitativa**. Atualmente, 10% das pesquisas publicadas por Médicos de Família, têm uma orientação rumo a uma abordagem qualitativa. É uma conquista, na opinião deste autor, que insiste na necessidade de continuar nesta tarefa que brinda uma compreensão maior dos aspectos com que o médico de família lida habitualmente.

Adaptar **a pesquisa às necessidades reais do paciente** é um compromisso do médico de família, que deve procurar a necessária integração entre o progresso científico e a realidade do paciente, oferecendo-lhe a melhor opção ao seu alcance. MANT (1999), faz notar que, embora os estudos clínicos, com desenhos de qualidade, randomizados, sirvam para mostrar a efetividade de uma determinada intervenção, não conseguem dizer-nos quem se beneficiaria dela. O paciente concreto –aquele que é visto pelo médico em atenção primária- nem sempre consegue adaptar-se às condições que um estudo randomizado impõe, até porque suas queixas nem sempre encaixam dentro de categorias determinadas. Suprimir este paciente é condição necessária para preservar a qualidade do estudo clínico; mas resta o problema de saber o que fazer com o paciente que “não se encaixou no estudo randomizado”, e procura ajuda médica. Pensa o autor que complementar o estudo com pesquisa qualitativa –que mostraria valores e contexto- seria útil junto com a estatística do *trial*. Entender da pessoa no seu contexto –em atenção primária- é tão importante como entender a efetividade da intervenção. Postula deste modo a união de estudos randomizados, com observacionais e qualitativos para uma melhor aplicação das evidências.

Esta mesma questão é abordada por WEEL e KNOTTNERUS (1999), fazendo notar os autores que a evidência tem como objetivo mostrar a eficácia da intervenção, sendo o objetivo da intervenção a pessoa do paciente. **As intervenções em Atenção Primária revestem-se de complexidade peculiar** –já foi comentado este aspecto quando narrada a história do encontro com o paciente. Assim, muitas vezes, o paciente melhora como fruto de intervenções combinadas das quais não se

possuem evidências claras. Este é um fato, muito mais importante, do que saber por evidências se os elementos variados da intervenção seriam eficazes individualmente. Na prática, em Atenção Primária, procura-se a melhor intervenção, com a menor interferência médica: esta é uma base da postura médica, fazer o bem sem lesar.

Os autores fazem notar que existem elementos variados, dependentes do paciente –estilo de vida, valores, hábitos, - que não são mensuráveis e que, de um modo ou outro, “contaminam” os estudos de evidência. Por outro lado, ausência de evidência (de provas de que algo funciona) não é o mesmo que evidências de que não funciona (prova de que não funciona). Apontam para as deficiências da pesquisa nesse sentido, de que a falta de evidências não invalida condutas habituais, e neste sentido a atitude expectante tem fundamento certo (*Watchful waiting, Mastery inactivity*). É preciso distinguir a dimensão da doença da dimensão pessoal, que costuma predominar em atenção primária. Isso significa que também na abordagem da dimensão da pessoa é preciso incorporar a ciência que será útil para tratar o paciente (comunicação verbal ou não, empatia, sintonia com o paciente,), chegando a dar sugestões para melhorar os *trials*, (como por exemplo, vincular o paciente ao seu médico e randomizar os dois, já que o estilo médico conta no modo como o paciente se conduz), embora reconheçam a dificuldade prática de levar a efeito esta sugestão.

Os autores concluem que os estudos clínicos devem estar baseados num conhecimento real e compreensivo da fisiopatologia assim como numa compreensão centrada no paciente, já que o objetivo da prática clínica é combinar ambas as coisas. **A união da abordagem que quantifica as evidências, com a qualitativa que contempla o mundo do paciente,** é a ciência que o Médico de Família deve possuir. Uma arte onde entram em jogo as virtudes de cada médico conhecedor das evidências, que deverão iluminar a decisão que deve ser tomada perante cada paciente individual que possui seus próprios valores e preferências.

O papel de integrador entre o conhecimento científico e o mundo do paciente, conduz o médico de família, nos dias atuais, a outra importante e imprescindível responsabilidade: o manuseio adequado da informação, para bem

servir o paciente que procura ajuda. Este papel de administrador de informação inicia-se por um dilema de opções: vista a impossibilidade de dominar toda a informação científica crescente, o médico de família deverá **priorizar a informação, com o objetivo claro de colocar o progresso tecnológico ao serviço dos princípios e da missão da Medicina de Família**. Este deve ser o norte que oriente o médico na procura de informações e no seu processo de contínuo aprendizado e atualização (EBELL e FRAME, 2000).

Esta **procura orientada de informação** tem suposto uma verdadeira linha de pesquisa para os Médicos de Família conforme mostram os trabalhos de vários autores (SLAWSON et al., 1994; SHAUGHNESSY et al., 1994) que apresentam de modo científico esta postura seletiva do médico na procura de informações, para melhor servir o seu paciente. Uma contribuição original da pesquisa orientando a informação seletiva em Medicina de Família, tem sido a **integração da informação** que chega através das Revisões Sistemáticas produzidas pela **Medicina Baseada em Evidências**, com as necessidades do paciente. Surgem, deste modo, o que a comunidade científica denomina **POEM'S** (*Patient Oriented Evidence that Matter*). São as evidências que importam realmente para o paciente, colocadas num modo sistemático, resposta aos questionamentos que, no dia a dia, o paciente faz ao médico e aos quais o médico deve responder com ciência, arte, e responsabilidade. (SLAWSON et al, 1997)

Humanismo em Medicina de Família: uma metodologia acadêmica.

And where are the big answers

The answers you can count on

When you really need them?

Johanna Shapiro

Entramos agora no estudo da última componente da Medicina de Família, com seu corpo próprio de conhecimentos como disciplina acadêmica: a vertente humanista do Médico de Família. Será esta uma análise rápida do tema, a modo de

introdução, pois o estudo do humanismo como tal ocupa um capítulo à parte no presente trabalho. Pretende-se mostrar aqui como se insere o Humanismo dentro da construção da perspectiva e do paradigma da Medicina de Família.

De um modo simples e sucinto pode-se dizer que o Humanismo tem na Medicina de Família uma **dupla função**: por um lado **promover a atitude reflexiva** do médico, em verdadeiro exercício filosófico da profissão, a semelhança do que DECOURT (2000), comenta da atitude de William Osler. Por outro, prover o corpo de conhecimentos da Medicina de Família com **recursos de caráter humanístico que facilitem esta reflexão** fundamental na prática desta atividade.

Humanismo é, portanto, para a Medicina de Família **um elemento essencial na construção da sua própria identidade como disciplina acadêmica**. Não é pois um aspecto periférico que complementa a figura do médico, nem mesmo um diletantismo cultural, ou até uma habilidade ou carisma restrito ao âmbito de alguns médicos individuais. Trata-se de um caminho concreto e definido –na ampla variedade que as ciências humanas nos oferecem- e que incorporado como metodologia vem fazer parte da sistemática educativa própria da Medicina de Família. Neste contexto, parece lógico que os especialistas em humanidades – filósofos, antropólogos, educadores, historiadores, psicólogos- contribuam, de modo tão frequente como necessário, na construção da Medicina de Família (VINTEN-JOHANSEN e RISKÅ,1991) Esta colaboração se dá de modo institucional, sendo os humanistas membros efetivos dos departamentos desta Disciplina, onde exercem sua atividade docente.

Promover a atitude reflexiva dentro de uma Disciplina acadêmica requer primeiramente **criar espaço formal** para fazê-lo, quer dizer, tempo previsto para desenvolver esta dimensão. Dizer que a reflexão é elemento incorporado na figura do médico de família, não significa que tenha de ser deixado por conta de cada profissional: é necessário determinar lugar formal para iniciar e construir esta atitude que, depois, se prolongará na vida e na atuação profissional do médico. Em segundo lugar, estabelecido o espaço formal, deve-se ter uma **sistemática que oriente a formação reflexiva**. Requer-se, portanto, metodologia.

Situados neste contexto, podem-se compreender as iniciativas em forma de programas que desenvolvem esta atitude, a modo de formação continuada. É o caso, por exemplo, das reuniões ordinárias de trabalho, e dos cursos que promovem esta perspectiva reflexiva como um modelo na educação médica e no aperfeiçoamento profissional continuado (BOTELHO et al., 2001). Os autores mostram como a **prática reflexiva da profissão** (*Reflexive Practitioner*) é um recurso que o médico utiliza para **integrar as evidências científicas, com as experiências próprias e alheias**, aplicando este conhecimento conjunto nas decisões diárias que deverá tomar para cuidar do paciente de acordo com as necessidades do mesmo, e com o seu contexto.

Naturalmente, a prática reflexiva tem uma implicação direta no modelo educacional, sendo um recurso **imprescindível para a função docente** do médico de família. Quem assume esta atitude, ensinará através dela, e saberá formar também profissionais reflexivos. Ajudar o estudante a desenvolver o hábito de aprender com as experiências é também uma função desta vertente humanista, em postura reflexiva e filosófica, da Medicina de Família. A prática deste aprendizado é realizada através de reuniões, cursos e programas, que facilitam a troca de experiências, onde se cria espaço para os aspectos vivências dos estudantes e profissionais. Não se discutem apenas questões técnicas, mas também as vivências profissionais, quer dizer, como cada um se observa e se vê atuando, o que sente, as expectativas e dúvidas, enfim, todo o universo afetivo do profissional em ação. Convém notar a ampla dimensão educativa destes programas onde se procura contemplar não apenas as habilidades técnico-científicas de estudantes e profissionais, mas a componente afetiva imprescindível no aprendizado do futuro médico (JASON e WESTBERG, 2001)

O médico é produto do seu meio, cidadão do seu tempo, cortado pelos mesmo padrões sociais que os outros seres humanos. O estudante de Medicina, por encontrar-se em período de formação humana e profissional, é, talvez, mais influenciado pelo meio social que o circunda. Como adverte STEIN (2001), tornam-se particularmente importantes estas iniciativas que promovem a reflexão nos momentos atuais, em que a sociedade não costuma priorizar esta atitude. Como o

autor adverte, **vivemos numa cultura “do fazer”, mais do que “pensar”**, e o valor que é conferido às pessoas, é pelo que elas fazem e não pelo que são. A Universidade, que se propõe formar profissionais competentes, deve contemplar o universo social que se lhe oferece e suprir, na medida das suas possibilidades, as insuficiências culturais com as quais os estudantes chegam até as aulas acadêmicas. Deve portanto, dar uma resposta proporcional, à altura das circunstâncias, e procurar sanar –como é o caso da atitude reflexiva- as deficiências que, em outras épocas deveriam se dar-se por sanadas antes do ingresso na escola médica.

Os recursos humanísticos que a Medicina de Família emprega para facilitar a atitude reflexiva, são de ordem variada incluindo neste vasto universo bioética, História da Medicina, Antropologia, Espiritualidade, Sociologia. Tem-se mostrado particularmente interessante a utilização das Artes e da Literatura na formação humanística do estudante de medicina, onde a ficção é utilizada para promover a empatia e a compreensão dos seres humanos: em primeiro lugar, o conhecimento próprio, e depois, o entendimento dos semelhantes, entre eles, do paciente. (SCHAFF et al., 2001).

SHAPIRO (2000), refere-se à **atenção crescente que a área de Humanidades está recebendo nos círculos de educação médica**. A autora observa que a **literatura e as artes** em geral são um recurso de utilidade para ensinar aspectos particularmente difíceis –embora fundamentais, são pouco concretos- no contexto educacional. Assim abordar a competência e lidar com as limitações, empatia, tolerância e compaixão, ambiguidade e incerteza, são elementos com que o médico se defronta diariamente e que, através da ficção, se tornam transparentes. Acrescenta ainda que é preciso promover a boa vontade do estudante-médico (*good willing*) para entrar no mundo do paciente e compreender as experiências que a doença lhe traz. Aproveita-se deste modo a empatia e amor, com que o estudante de medicina se inicia na sua prática, e se procura preservar sua componente humana no processo educativo. A autora –diga-se de passagem- é Diretora do Programa de Humanidades Médicas em Medicina de Família, na Universidade de Irvine, California, e editora da seção *Literature and Arts in Medical Education* da Revista

Family Medicine. **As Humanidades em Medicina de Família assumem espaço formal, dentro do curriculum de graduação e pós-graduação.**

Saber **lidar com o universo afetivo do aluno**, supõe pensar caminhos onde ele possa ser integrado no processo de formação. Não se trata apenas de respeitar a afetividade, nem mesmo de considerá-la presente, mas de saber utilizá-la no contexto educacional. Neste sentido, elementos que possuem força empática afetiva, como a poesia (SHAPIRO et al. 2001) ou o cinema (BLASCO, 2001; SILENZIO et al, 2001), devem ser contemplados.

1.4 AS HUMANIDADES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO MÉDICO

O humanismo é inato à profissão médica.
Um médico sem humanismo,
não será propriamente médico
Na melhor das hipóteses,
trabalhará como um "mecânico de pessoas"
PG Blasco

Num brilhante ensaio MONASTERIO (1982) faz notar que o interesse do médico deve saber percorrer o caminho entre a pessoa doente e o significado que a enfermidade tem para o paciente, já que a doença é para ele *uma maneira de estar na vida*, quer dizer, uma forma de vida que tem sua linguagem própria e que deve encontrar no médico sensível o receptor necessário para uma decodificação adequada dos significados. Na procura desta idoneidade como receptor, o médico constrói sua própria identidade, num conceito que a autora denomina *antropologia ativa*, pois o médico não se limita à especulação teórica de conceitos; tem de vivê-los na prática. E conclui: "Para o profissional da medicina, Humanismo e Antropologia são possibilidades da sua autoexigência, desafios ao seu pensamento racional, níveis de conhecimento em estilo e aspiração ascendentes de inconformismo".

Humanismo é pois nível e fonte de conhecimentos que o médico usa para sua profissão. Conhecimentos tão importantes –nem mais, nem menos- como os adquiridos por outros caminhos que auxiliam no desejo de cuidar do ser humano enfermo. Percursos diferentes que encontram na pessoa –terreno próprio do atuar médico- sua meta comum e propiciam, com a convivência mútua presidida pelo respeito, união de forças, sinergia na vontade de curar.

Quando há clareza de fins, cria-se o espaço necessário para a diversidade, permitindo possibilidades novas que são caminhos para o mesmo fim. Perder a

perspectiva do fim, da razão de ser -no caso da medicina, o benefício do paciente- leva à incompreensão, quando não à intolerância entre os diversos caminhos que os médicos devem trilhar para se aproximar do doente. Recuperar a perspectiva é a base do convívio, do respeito, do esforço por compreender. Uma atitude que é a base da postura liberal. “O liberalismo é a suprema generosidade, o direito que a maioria outorga às minorias, o mais nobre grito que ecoou no planeta, e que proclama a decisão de conviver com o inimigo, mais ainda, com o inimigo débil” (ORTEGA, 1930). Precisando mais, MARAÑÓN (1946) complementa: “Ser liberal é precisamente estas duas coisas: primeiro, estar disposto a entender-se com aquele que pensa do modo diferente; e segundo, não admitir jamais que o fim justifica os meios, mas que pelo contrário, são os meios que justificam o fim. O liberalismo é, pois, uma conduta e, como tal, muito mais do que uma política. Como conduta, não requer profissões de fé mas sim exercê-la, de modo natural, sem exibí-la nem ostentá-la. Deve-se ser liberal sem dar-se conta, como se é limpo, ou como, por instinto, evitamos mentir”

Sirvam estas considerações de dois consagrados humanistas, filósofo o primeiro, médico o segundo, para nos situar confortavelmente no terreno do Humanismo Médico: âmbito próprio, dimensão necessária do atuar médico, condição de própria subsistência na construção da identidade do médico.

Humanismo e Medicina

A sabedoria não é apenas conhecer as coisas,
mas também amá-las.
G. Marañón

O **humanismo em medicina** não é uma questão temperamental, um gosto individual, ou até um complemento interessante. É uma verdadeira ferramenta de trabalho, não um apêndice cultural. Facilmente se compreende como sendo a matéria-prima da profissão médica o próprio ser humano, tudo aquilo que ajuda a

entendê-lo melhor converte-se em **instrumento profissional**. Humanismo deve ser pois uma atitude científica, ponderada, fruto de um esforço de aprendizado.

O modo mais prático de perceber esta necessidade é, como em muitas outras questões, **observar as consequências que a sua ausência provoca**. Assim quando existe um clamor pela Humanização de uma situação, de uma atitude ou profissão é porque de algum modo se reclama algo que se entende como essencial em determinada circunstância concreta. No caso da medicina as chamadas de atenção costumam vir da parte do paciente, como advertência que orienta na recuperação de algo que, tendo-se o direito de esperar do médico e da medicina, não se encontra na prática.

As **advertências provenientes do paciente** dificilmente recaem no aspecto técnico da medicina, até porque o paciente não possui habitualmente recursos para avaliar corretamente deficiências dessa ordem. As carências que o paciente constata são, em última análise, **carências na pessoa do médico**, detentor do conhecimento e intermediário entre a tecnologia e o paciente. As insuficiências não são de ordem técnica, mas humana. E isto porque de algum modo, torna-se necessário “vestir a ciência médica com trajes humanos, dissolver no aconchego humano a técnica e os remédios que o paciente deverá utilizar”. Quando tal não acontece, as insuficiências são sempre do profissional, e o prejuízo é do paciente, que acaba sofrendo de indigestões científicas nada reconfortantes. Caberá ao médico preocupar-se com esta temática, que não é em absoluto minúcia ou filigrana. Uma preocupação que se deve traduzir em ocupação ativa; estudo, reflexão, para aprofundar e, sobretudo, analisar o seu comportamento, detectar as deficiências e encontrar os caminhos do necessário aperfeiçoamento (BLASCO, 1997).

Em interessante **análise histórica**, GALLIAN (2000) faz notar que na sua origem a Medicina Ocidental era uma ciência essencialmente humanística, assentando suas raízes e sistema teórico no homem como ser dotado de corpo e espírito. O médico era, antes de mais, um filósofo: um conhecedor das leis da natureza e da alma humana. O progresso tecnológico, e os avanços científico-positivos vieram, de alguma maneira, distrair o médico das suas

verdadeiras raízes onde se encontra o motivo e razão real da sua missão. É esta distração histórica que o autor denomina processo desumanizante, e que propõe (re) humanizar através das humanidades, como recurso que fará o médico lembrar-se na prática da sua verdadeira origem. Este resgate do humanismo, na opinião do autor, não serviria apenas para trabalhar *de modo mais humano* questões de ordem prática, e de importância evidente, como, por exemplo, a base de uma relação médico-paciente eficaz; seria uma imposição de rigor científico, na âmbito epistemológico. Dito com outras palavras: sem humanismo, a Medicina estaria amputando uma das suas fontes científicas do saber.

Admitido o Humanismo como elemento imprescindível para o médico, por encontrar-se na origem da sua profissão, e por ser a condição necessária na atuação de quem tem como interlocutor no seu trabalho a pessoa humana, cabe **aprofundar no conceito de Humanismo** para melhor esclarecer esta vertente da profissão médica.

O termo humanismo costuma compreender **três aspectos diferentes**, embora complementares. Assim, **humanista** é o homem que define atitudes concretas diante da vida, fruto da sua reflexão e como consequência de uma filosofia que norteia sua existência.. Se este homem humanista é médico, essas atitudes que envolvem a sua própria vida atingirão as outras vidas, aquelas que ele tem que cuidar, e portanto implicarão uma postura concreta diante da vida humana, da vida doente, do sofrimento e da dor, da vida que acaba. Em segundo lugar, o humanista tem como vizinho próximo a versão ativa, altruísta e afetiva dessa filosofia de vida: é o **humanitarismo**, a capacidade de comover-se diante da dor e da limitação alheia. Finalmente, precisa de um alimento que sustente de modo continuado essa filosofia de vida e as posturas concretas que ela implica. Daí surge o natural **entrelaçamento com as humanidades** -âmbito também do humanista- como via cultural de aproximação do conhecimento do homem, com suas grandezas e misérias. (CHAVARRIA CRESPO, 1982)

Em interessante análise LIFSHITZ (1997) compara o **humano, o humanístico, o humanista e o humanitário em relação com a medicina,**

concluindo que embora conceitualmente diferentes todos estes qualificativos deveriam poder aplicar-se ao médico. Estaríamos assim falando da condição humana do médico, do perspectiva humanística da sua orientação filosófica, da componente humanística da sua preparação e do caráter humanitário da sua profissão. E conclui este autor: “O conceito de médico implica subjetividade criativa, vocação altruísta, profundo respeito ao especificamente humano, sentido de solidariedade, capacidade de comunicação interpessoal, inclinação benevolente e disposição para progredir em ordem a melhorar sua contribuição para a humanidade. Sem estas qualidades não se pode ser médico”

O clamor pelo humanismo ausente, nas suas variadas vertentes, levanta a questão da **abordagem completa do paciente**, hoje batizada de **holística**. CUADRADO-CERVERA (1982) adverte que a estrutura de grande parte da Medicina atual –uma *medicina apressada*, diz- priva o médico dos recursos necessários para a exploração da intimidade do enfermo. A carência de humanismo torna o médico incapaz de integrar todos os dados da doença e do paciente, num contexto único, *holístico*.

Basta um mínimo de reflexão para surpreender-se de como é possível assistir alguém nas suas necessidades, ajudá-lo nas suas moléstias, mas por partes, em prestações, perdendo de vista o ser humano que está presente. Ver a pessoa como um todo é algo absolutamente natural, quer dizer, próprio da natureza humana. No dia a dia, na rua, nas relações sociais, na conversa descontraída, na troca de serviços, no comércio e na amizade, haveria que violentar-se muito para relacionar-se só com uma parte do interlocutor. Relacionar-se com o todo da pessoa é por tanto algo que os cidadãos comuns, seja qual for o seu nível de instrução, fazem naturalmente. Por isso surpreende a necessidade desta discussão entre os médicos e entre os profissionais dedicados à atenção da saúde que, mais do que ninguém, deveriam compreender que o seu serviço se destina à pessoa que o requer, nunca a uma parte dela. Surpreende, ao mesmo tempo que é perfeitamente compreensível se, conforme foi apontado anteriormente, se admite que o Humanismo é um recurso imprescindível na atuação do médico: a percepção da falta deste recurso provoca uma discussão que busca o resgate necessário.

Cabe interrogar-se ainda, no desdobramento natural que GALLIAN (2000) faz da distração histórica, sobre qual é o **itinerário deste processo de perda do Humanismo**. Será que o processo de formação, de profissionalização dos médicos, tem alguma culpa ou responsabilidade nesta situação completamente paradoxal? Se por um lado seria simplista afirmar que a culpa da desumanização dos médicos a têm as faculdades de medicina que não formam médicos humanos, por outro seria ingenuidade não desconfiar que algo acontece no processo de formação para que as pessoas, os estudantes, percam algo que naturalmente deveriam possuir. E a pergunta pode ir além, formulada em termos mais radicais: será que o estudante que ingressa na faculdade de medicina realmente tem esta componente humanística entre as suas prioridades? A não ser assim, como é possível avaliar no processo de seleção de ingresso nas escolas médicas esta dimensão humanística, de modo que se pudessem recrutar estudantes dispostos a desenvolver o humanismo como ferramenta de trabalho?

Como contribuição original neste sentido, SADE et al (1985) anotam uma série de características (uma lista de 87) que seriam desejáveis como padrão de qualidade do médico. A seguir, analisam a possibilidade de ensinar estas características aos estudantes, durante o curso médico. Dentre elas, há características importantes, que podem ser ensinadas; e outras, também importantes, cujo ensino dificilmente se pode dar na escola médica. Assim atitudes relacionadas com educação, capacidade para conquistar a confiança de outros, adaptação às pessoas, reputação, liderança, são importantes, mas difíceis de ensinar na faculdade de medicina. Outras características importantes como raciocínio clínico, procedimentos, organização de prontuários, são importantes e passíveis de serem ensinadas. Os autores concluem que, de algum modo, isto deveria ser **levado em consideração no processo de seleção dos candidatos à faculdade de medicina**, escolhendo aqueles que já possuem como prioridades da sua formação as características que, sendo importantes, resultam pouco passíveis de serem ensinadas.

Naturalmente, o processo de seleção dirigido dos candidatos é um primeiro passo na tentativa de resgate do humanismo, até para simplesmente definir a identidade da vocação médica no contexto que estamos estudando. Deste modo,

colocando como condição vocacional a formação humanista entre as suas prioridades, os candidatos que possuíssem esta propensão e o desejo de ser médicos, se identificariam com maior facilidade. No entanto, sendo responsável pelo processo de formação, deve-se fazer com que a Universidade contemple institucionalmente esta perspectiva, para evitar que se repita, individualmente, o processo de perda da vertente humanista no estudante de Medicina. Simplificando de novo, e assumindo os riscos da simplificação poderia se intuir que é preciso re-aprender a fazer o que, em épocas históricas passadas, se fazia naturalmente, ou, pelo menos, não esquecer como fazê-lo.

Esta questão da **memória das origens**, tem importante implicação ética e é analisada com profundidade por LAUAND (1998) partindo da tese dos antigos, de que o homem é um ser que esquece. Um ser que esquece, não os detalhes -o que seria perdoável- mas o fundamental. Poderíamos acrescentar que no caso do médico esquece que ele, médico, é um ser humano e que trata com pessoas. Este mesmo autor, glossando o poeta Píndaro, faz notar que o recurso que Zeus tem para, de alguma maneira, auxiliar o homem na sua frágil memória das realidades essenciais, são as musas, as artes. Daí uma importante conexão com o tema que nos ocupa: as artes, as humanidades num sentido amplo, são -desde o Olimpo Grego- ferramentas que os deuses consideravam despertadores da memória do homem que é capaz de esquecer-se da sua condição humana: da própria e da dos seus semelhantes.

Este clamor de recuperação do humanismo no médico, intrinsecamente vinculado com a abordagem completa do paciente, tem produzido análises interessantes, em que onde se aprofunda no **definição conceitual do humanismo**. CHARLTON (1993) analisa esta questão que, na sua opinião, é apresentada nos dias de hoje como uma conquista através da abordagem holística, quando na realidade se trata de uma recuperação de algo que se encontra no cerne mesmo da vocação médica. Assim a pergunta sobre qual seria o médico ideal, desdobra-se em outras duas que, de modo simples poderiam assim ser formuladas: a procura atual é de uma medicina holística ou, simplesmente, de um médico humano? O autor faz notar a confusão frequente entre estes dois termos que representam uma postura filosófica diferente. No termo holístico, tal como é empregado hoje, encerra-se além das

expectativas naturais de um médico humano, uma ampliação de conceitos, que acabam interpretando de um modo médico a própria vida. Uma visão holística, sim, mas de toda a vida e não apenas do problema que nos ocupa. O autor faz notar que deste modo abre-se uma porta para todo tipo de práticas alternativas à medicina que podem, e provavelmente têm o seu valor, mas que não nos cabe, a nós médicos analisar. São abordagens holísticas da pessoa –como pode ser, por exemplo, a filosofia- mas não é o terreno que nos ocupa do humanismo médico. São, se queremos, abordagens holísticas mas fora do academicismo da medicina.

A preocupação que deve caber aos médicos que são formadores nas escolas médicas, é a relacionada com o processo educacional que traz como resultado o estilo do médico que é formado. Se além da escola médica existem outros recursos que ajudem o paciente, a pessoa, na doença e na vida, é algo que como acadêmicos não nos compete analisar. Por isso o autor afirma no seu estudo que o conhecimento de quem é o paciente, a partir da perspectiva personalista, **não é medicina holística mas o modo normal como a medicina deveria ser praticada, e portanto ensinada nas escolas médicas.** A Medicina não precisa tomar emprestado o conceito holístico de abordagens outras da saúde, porque o possui no núcleo mesmo da sua ciência, e deve torná-lo transparente no processo formativo. Conclui o autor: “Se queremos médicos humanos, teremos de aceitar que os médicos não se podem limitar a praticar a medicina, devendo ser também pessoas de qualidade. O bom médico é sábio, compassivo, educado e culto; e sabe que a vida é muito mais do que medicina, para o médico e, naturalmente, para o paciente”

Torna-se obrigatório incluir a referência a **Gregório Maraño**n (1887-1960), médico espanhol e humanista insigne de reconhecido prestígio internacional, embora pouco conhecido ainda no nosso meio. Comenta LAIN ENTRALGO (1965), na profunda análise que realiza das Obras Completas de Gregorio Maraño

n : “Antes que médico, historiador, escritor e espanhol, enquanto simples homem, Maraño

n foi uma pessoa com vocação de *comprehensor* na plenitude das acepções terrenas e supraterras

n deste termo (...)Uma pessoa que através das suas vocações específicas, seus esplêndidos e múltiplos talentos, seus amores e aversões, suas maneiras próprias e inexoráveis deficiências, quis ser uma singular versão cristã do *homo*

humanus da Antiguidade, aquele a quem nada do humano lhe podia parecer alheio”. Por ser dever de justiça neste estudo do Humanismo Médico, cumpre incluir aqui **algumas das suas considerações mais relevantes**, que serão de extrema utilidade para incorporar, de modo prático, o exercício filosófico da profissão médica.

Para Marañón, a **formação humanística** é tarefa e compromisso essencial no médico, **fonte de conhecimentos, recurso instrumental na sua profissão**. “O humanismo, ambicioso e ao mesmo tempo humilde, serve para amadurecer, para firmar e fazer prudente e eficaz o instrumento da profissão.”(MARAÑÓN, 1954). Um humanismo que, naturalmente traz consigo possuir cultura, possibilitando uma ampliação dos conhecimentos técnicos próprios da ciência médica. Mas é uma **cultura ao serviço do paciente**, não erudição inútil, diletantismo, ou simples alimento da própria vaidade, que acaba por distrair o médico da sua função primordial: o cuidado do paciente. O Humanismo que Marañón propõe e viveu, é um humanismo que visa, como tudo no médico, o benefício do paciente, sendo tão prejudicial a falta de cultura como uma cultura que não reverte em serviço alheio. A seguinte citação é esclarecedora:

“O médico que somente sabe medicina nem sequer medicina sabe. [...] Existe uma fronteira tênue entre os doutores que, por saberem somente medicina, ignoram esta ciência, e aqueles que, pretendendo saber tantas outras coisas, ignoram a medicina elementar e eficaz, a que serve para aliviar fadigas e dores. (...) O que é fundamental, perante o fácil e o difícil, é a atenção: isto é, que o médico ponha, em qualquer situação, os seus cinco sentidos naquilo que faz, e não pense em outras coisas. (...)O enciclopedismo pedante é obstáculo para o verdadeiro saber. Deve-se fugir daquele que exhibe os seus títulos académicos como garantia de suficiência e se dedica a cultivar suas aptidões expositivas para surpreender os ingênuos com o seu enciclopedismo faustoso. E deve-se confiar naquele que dedica à investigação o tempo necessário e, depois, dedica o seu descanso a outras inquietudes que mantêm viva a tensão do espírito e aprimoram a eficácia do instrumento profissional”. (MARAÑÓN, 1954)

As reflexões humanistas de Marañón têm sua tradução imediata nas **atitudes do médico** que vai sendo perfilado de acordo com este modelo. O **protagonismo do paciente**, tema constante em Marañón, implica crítica contumaz de uma postura médica não comprometida, sem consciência de missão, preocupada apenas com a sustentação da imagem profissional.

“O pecaminoso é a verdade que muitos médicos dizem por vaidade profissional, pelo gosto de acertar, à custa da dor do seu enfermo. Eu cumpri muitas vezes com a minha obrigação, ocultando a verdade, mesmo sabendo que pouco depois apareceria como erro o meu juízo, em detrimento disso que chamam “reputação”. Não tem a têmpera de médico aquele que não sabe, desde o início da sua atuação profissional, que talvez uma das suas missões principais é a de saber sacrificar a reputação perante a dor do próximo, todas as vezes que for preciso” (MARAÑÓN, 1946).

“O médico dogmático vive escravo da sua reputação, ignorando que esta serve, não para que a sua família se envaideça, mas para arriscá-la sempre que for preciso, para manter alto o moral dos pacientes. O moral alto é quase sempre o melhor remédio e, às vezes, o único que podemos receitar”. (MARAÑÓN, 1954)

Do compromisso com o paciente, decorre, conforme anteriormente foi estudado no encontro com a Medicina de Família, a necessidade de saber oferecer ao paciente o melhor possível, sem deixar-se guiar pelo progresso indiscriminado. Saber “defender” o paciente do uso indiscriminado da tecnologia é também aspecto que Marañón sublinha:

“O médico, cuja humanidade deve estar sempre alerta dentro do espírito científico, tem de contar, primeiramente, com a dor individual; e mesmo que cheio de entusiasmo pela ciência, deve estar disposto a adotar a paradoxal postura de defender o indivíduo, cuja saúde lhe é confiada, contra o próprio progresso científico” (MARAÑÓN, 1954)

Dentre as atitudes do médico, Marañón confere particular importância ao **entusiasmo**, e à **dedicação**, que são como garantia de qualidade da sua ação. Em hipótese alguma pode se interpretar esta consideração como um desprezo do progresso científico ou da tarefa de investigação, já que o próprio Marañón era um pesquisador notável, com particular dedicação no campo da endocrinologia. O significado da dedicação e entusiasmo é o que hoje poderíamos traduzir como compromisso e empatia com a pessoa do enfermo: o médico sabe os limites da ciência que possui, e esses limites que sempre existirão –perante o sofrimento e perante a morte- têm de ser preenchidos com competência profissional. **Os recursos desta competência se encontram no campo humanístico**

“Todo homem verdadeiramente entusiasta, na ciência ou na vida em geral, é sempre um homem bom; e talvez haja poucos índices mais certos do que o entusiasmo para julgar a qualidade moral dos outros. Nada abre o coração e mostra com menos reserva seus recantos como o entusiasmo. O coração do homem se comporta como as mulheres quando exibem sua beleza: mostra somente o que sabe estar bem. [...] A raiz de todo ceticismo é um complexo de inferioridade. Por isso, o paciente que prefere o médico entusiasta, o anti-cético, o faz porque seu instinto sabe adivinhar nessa qualidade chamativa do entusiasmo a garantia da eficácia: a retidão, sem a qual a ciência mais profunda fica mutilada e se converte em charlatanice”. (MARAÑÓN, 1946)

“O pecado dos médicos, nos últimos anos, foi abdicar de tudo quanto nossa missão tinha de entranhável, de generosa — de sacerdotal, para usar um lugar-comum —, e tentar convertê-la numa profissão científica, quer dizer, exata como a do engenheiro ou a do arquiteto. [...] No fim, tudo se voltará contra o próprio médico, pois, mesmo que não o queira, a sua ciência será embrionária, cheia de lacunas e de aspectos pouco exatos. Estas falhas somente podem ser preenchidas pelo amor. Seu prestígio exclusivamente científico estará, inevitavelmente, sujeito a quebras graves e contínuas. E é por isso que o médico se verá privado do respeito cordial dos seus pacientes e

da própria sociedade, que não aceitará seu erro com generosidade mas espreitará suas falhas, perseguindo-o onde quer que esteja”.(ibidem)

O Recurso humanístico, reconhece-o Marañón como **âmbito permanente no exercício da Medicina**, e se remete à prática dos médicos antigos –que ele denomina, médicos de família- como exemplo. Neste sentido, Marañón adianta a consideração antes anotada de que o processo de formação universitária deve ensinar a praticar o que, em épocas outras, se fazia de modo natural. Propõe, assim, um **verdadeiro resgate das origens da profissão médica**.

“Se esquecermos o conceito sacerdotal do médico, a supremacia da vocação para exercer nossa arte, então não teremos direito a queixar-nos quando nos exigirem responsabilidades por algum erro no exercício profissional que, na realidade, somente se podem resolver no ambiente do mútuo amor em que se desenvolvia a medicina de outrora. O médico atual não pode comparar-se em eficácia profunda com o velho médico de família, que fazia também o que podia para aliviar a dor dos seus doentes, mas que também era chamado como conselheiro, confidente e consolador nos lares que o solicitavam. O conselho leal não tem preço. [...] Devemos lutar com empenho heróico para conservar, enquanto for possível, algo deste espírito, adaptando-nos às necessidades dos nossos dias. Assim, faremos tanto pelo prestígio da medicina como queimando as pestanas com os livros ou na ocular do microscópio”. (MARAÑÓN, 1946)

“O que os diferenciava de nós era a intensidade, a totalidade do sentido clínico, o virtuosismo dos métodos diretos de exploração, e a fé imediata e específica na terapêutica. Seu sentido da Medicina era mais cordial, mais humano que o nosso. Ainda persistia neles o velho médico de família, também conselheiro e sacerdote nos pleitos mais ocultos em cada lar. Talvez não sabiam mais do que os que vieram depois, mas certamente foram melhores, e mais sábios até. Porque esquecermos que a sabedoria não é apenas conhecer as coisas, mas amá-las. (MARAÑÓN, 1933)

Não poderia faltar, nestas notas sobre o pensamento humanista de Gregório Marañón, uma breve contribuição para o papel que o **médico deve ter como educador**, que é na acepção, dele, um trabalho de **verdadeira promoção da vocação médica**.

“Sempre tive facilidade para reconhecer, entre a multidão dos estudantes, os distraídos, que não são poucos em cada turma; percebe-se neles a impaciência inequívoca com a qual passam diante do cadáver ou junto da cama do enfermo. Falta-lhes aquele deleite crescente, moroso até, que dá o contato com a natureza e que se encontra na verdadeira vocação. É inútil para eles o bom mestre, o abundante material, o *curriculum* apurado, já que apenas aspiram a passar como cometas pela etapa acadêmica para tomar posse de um título que trocarão logo depois — isso é o que eles imaginam — pelo triunfo social que, naturalmente, nunca chegará”. (MARAÑÓN, 1946)

Chega assim Marañón até o núcleo da vocação médica, que é promovida no âmbito das **atitudes do professor** cortadas pela **dedicação e entusiasmo próprios**; é desse modo como se torna capaz de suscitá-la nos seus alunos.

“Esta força que penso deva chamar-se extracientífica, depende em última análise de uma coisa só: do entusiasmo do médico, do seu desejo fervente de aliviar a seus semelhantes, em suma, do rigor e emoção com que sinta o seu dever. Nisto consiste a vocação: numa emoção primordial do dever, em detrimento dos possíveis direitos. Isto é muito mais importante do que um problema de aptidão, onde superficialmente se costuma localizar a questão vocacional. A aptidão se adquire —salvo raras exceções— mesmo que se careça dela completamente, no calor da emoção ética. Todos os homens servimos para quase todas as coisas, sempre que queiramos com vontade inamovível. A vocação é uma questão de fé, não de técnica” (MARAÑÓN, 1933-2)

Estas considerações aqui anotadas oferecem suficiente matéria de reflexão, e tornam evidente a necessidade que o Humanismo tem de estar presente no processo de educação médica, por ser elemento essencial na construção da identidade do

médico. Passar de uma verdade aceita à prática da mesma é condição de sobrevivência da verdade que se postula. Omitir-se nesta tarefa traz consigo o risco de esvaziar a verdade, tornando o conceito um lugar comum, carente de conteúdo. Vivemos tempos em que o humanismo e humanização são tema habitual de conversas, mormente quando os interlocutores estão de algum modo congregados na área da assistência à saúde. Cabe aos educadores e pesquisadores da área, o compromisso de fazer do Humanismo Médico, um caminho real, concreto e prático, que possa ser percorrido pelo estudante de medicina na construção da sua vocação profissional. Um caminho que possibilite o resgate histórico e a integração desse elemento essencial, condição *sine qua non* na razão de ser médico.

Recursos humanísticos na educação médica.

As humanidades são os hormônios que catalisam o pensamento
e humanizam a prática médica
William Osler

He studied parts of me but he never saw all of me.
He never looked at my eyes.
R.Doyle

O Humanismo é condição essencial do médico. Consequentemente, é elemento que deve ser ensinado, aprendido e assimilado pelo estudante de Medicina, durante o processo educacional. Como se pode conseguir esta assimilação? A resposta a esta pergunta requer uma consideração prévia. Primeiramente, é preciso compreender a situação atual e o contexto no qual o humanismo deve ser ensinado. Em segundo lugar, tornar claros os objetivos que se pretendem atingir. Finalmente, cabe estudar os recursos empregados para se conseguirem os objetivos estabelecidos.

Estes recursos –primeiro, em forma de tentativas e, aos poucos, desenvolvendo sistemas metodológicos próprios- serão variados, dependerão de fatores culturais e sociais, e apresentarão resultados variáveis de acordo com o

contexto em que são empregados. Mas, em qualquer caso, antes de aplicá-los, convém ter sempre presente o objetivo educacional que se tem em vista. Isto evitará, por um lado, a dispersão em que naturalmente se pode incorrer quando se trabalha com conceitos abstratos, pouco mensuráveis; e, por outro lado, protegerá de possíveis frustrações o educador que, empenhado num recurso concreto no qual acredita pessoalmente, comprovará que nem sempre se consegue a resposta esperada por parte dos estudantes. Mesmo assim, com resultados aparentemente pobres vistos de uma perspectiva quantitativa, podem-se atingir os objetivos educacionais.

Ensinar humanismo é fomentar a reflexão sobre a condição humana, situação que envolve não apenas o paciente, como os próprios interessados: alunos e professores. Não é um processo inócuo, em que quem estuda situa-se em posição isenta. Legisla-se em causa própria, e as conclusões comprometem, em primeiro lugar, o próprio legislador –o estudioso–, que não tem como furtar-se às consequências das suas próprias reflexões. E assim, o que muitas vezes começou como pouco mais que uma curiosidade cultural, ou como necessidade instrumental da profissão que se quer exercer, debruça-se sobre a própria vida, envolvendo-a e interferindo nos próprios valores e perspectivas.

A formação humanística tem sua própria **fisiologia de desenvolvimento**, em que os tempos devem ser respeitados, sem impacientes desejos de catalização. Tempos de assimilação, de digestão de conceitos, de incorporação de atitudes. São tempos humanos, fisiologicamente humanos, como o desenvolvimento da criança, onde o principal é, muitas vezes, prevenir, nutrir, orientar uma vez e outra, sem cansaço. Educar no humanismo é tarefa artesanal, que requer paciência e perseverança, sabendo que os resultados demoram a aparecer, como demora o processo que educa para a vida. Importa, e muito, nutrir acompassadamente a pessoa, -com nutrientes de idéias e de exemplos- desde o berço até a idade adulta, sem solução de continuidade.

Não se pode formar no humanismo em regime intensivo, “a golpe de mitirão” como fisiologicamente também não é sensato alimentar a criança com banquetes enormes, de frequência semanal. Paciência e constância, valores em baixa

nos dias de hoje, são condições para uma educação satisfatória, também no humanismo. Uma conquista lenta do ser humano, tão pouco afeito a esse ritmo fisiológico da vida e da afetividade, em tempos onde tudo se apresenta como urgente. Sabiamente advertia com sua fábula, SAINT-EXUPERY(1981) apontando os caminhos para a conquista dos valores humanos:

- *“Vem brincar comigo, propôs o príncipezinho. Estou tão triste.*
- *Eu não posso brincar. Não me cativaram ainda.*
- *Que quer dizer “cativar”*
- *É uma coisa muito esquecida, disse a raposa. Significa “criar laços”*
- *Tu não és, disse a raposa, ainda para mim senão um garoto inteiramente igual a cem mil outros garotos. E eu não tenho necessidade de ti. E tu não tens necessidade de mim.. Não passo a teus olhos de uma raposa igual a cem mil outras raposas. Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Serás para mim único no mundo. E eu serei para ti única no mundo.*
- *Bem quisera -disse o príncipezinho- mas eu não tenho muito tempo. Tenho amigos a descobrir e muitas coisas a conhecer.*
- *A gente só conhece bem as coisas que cativou -disse a raposa. Os homens não têm mais tempo de conhecer coisa alguma. Compram tudo prontinho nas lojas. Mas como não existem lojas de amigos, os homens não tem mais amigos. Se tu queres um amigo, cativa-me!*

Na abordagem da primeira questão, **a compreensão do contexto na situação atual**, é sobremaneira interessante a análise realizada por ROBB (1985), sobre ciência e humanismo na medicina atual. O autor sublinha que historicamente sempre houve um equilíbrio na medicina, entre as duas facetas inseparáveis que a compõem, a medicina como ciência e a medicina como arte. Os avanços científicos

vertiginosos requerem, para manter este equilíbrio uma ampliação do âmbito do humanismo, quer dizer, um humanismo à altura do avanço técnico. É talvez desta ampliação do humanismo, adaptada aos dias de hoje, em linguagem atual, que carece o processo de educação médica. Cai-se assim numa **desproporção** que se reflete em profissionais formados tecnicamente, com sérias deficiências humanas. Profissionais disformes, com hipertrofias, sem equilíbrio, que naturalmente não conquistam a confiança do paciente que espera um médico equilibrado.

O autor enfatiza ser missão da Universidade e compromisso dos envolvidos no processo da formação médica, **ampliar o conceito humanista, em moldes modernos**, abrindo horizontes e novas perspectivas. A **Universidade**, representativa do progresso, tem de se esforçar por atingir um novo e **moderno equilíbrio** das duas facetas da medicina, técnica e arte. E para isso é preciso, novamente, metodologia, sistemática, re-aprender a fazer as coisas, quando estas coisas são muitas, estão envolvidas em alta tecnologia, e são comandadas por um progresso científico que avança a cada segundo. Anota ainda o autor como missão da Universidade recuperar a excelente inspiração e magnífica função humana, sem impedir, de modo algum, a aplicação da ciência aos problemas da doença mas, pelo contrário, fortalecê-la em sua esfera apropriada e sobre bases mais amplas que até agora. Humanizar o ensino médico requer uma avaliação do processo de ensino, para procurar um aprendizado técnico e humano, equilibrado e simultâneo.

O modelo normal de **aprendizado do ser humano é através da experiência e com a ajuda de modelos que lhe sirvam de exemplo**. Isto ocorre na vida, na família, na profissão e, naturalmente, também no aprendizado humanista. Ensinar humanismo na escola médica, em regime moderno e equilibrado como vínhamos analisando, tem no professor como modelo uma etapa primeira e necessária.

RUBENSTEIN e TALBOT (1992) fazem notar que o **professor é modelo** para os estudantes o tempo todo, seja ou não ciente do seu papel, quer queira, quer não. Mesmo sendo evidente esta realidade, a Universidade demora a perfilhar esta mensagem óbvia sobre o aprendizado do ser humano, ao menos de modo sistemático.

Talvez por isso, numa tentativa de medir quantitativamente a importância destas atitudes, tem surgido estudos com desenhos epidemiológicos que classicamente se utilizam para investigar etiologias de doenças.

WRIGHT et al. (1998) mostram em estudo recente, através do desenho de caso-controle quais seriam os atributos de excelência do **médico que pode ser apresentado como modelo**. O estudo aponta como modelos a serem imitados médicos que possuem características que implicam grande dedicação do seu tempo ao ensino e à discussão de casos com os estudantes, enfatizam os aspectos psicossociais da medicina, e destacam a importância da relação médico paciente no ensino médico e procuram mostrá-la na prática. Talvez a maior importância de semelhante estudo não esteja em apontar essas características –fáceis de deduzir- mas em mostrar que as atitudes indicadas são susceptíveis de serem ensinadas e, portanto, incluídas numa metodologia de ensino.

Ensinar humanismo, é também e em primeiro lugar, **humanizar o próprio processo de educação** e apresentar, na prática, modelos de humanismo nos formadores. Não se requer para isto carisma especial, mas sim desempenhar corretamente as funções próprias do médico e professor. O médico se humaniza, em primeiro lugar, através do relacionamento com o paciente, se coloca condições para tal, se aproveita o que de humanismo cada paciente lhe traz. Para isso o médico precisa refletir no seu processo de auto-construção, precisa ser um ser que atua e reflete, de modo atual sobre as suas atitudes; precisa ser um *reflective practitioner* (STANGE et al, 2001)

É preciso oferecer ao médico **recursos para manter o humanismo**, aquele equilíbrio que o processo de formação na Universidade, já humanizado, lhe conferiu. Talvez por isso, mais importante do que dar informações nas escolas médicas, é preciso mostrar caminhos para a vida. Afinal, a informação está hoje, no mundo moderno, ao alcance de qualquer um. O que se necessita é mostrar o que fazer com esta informação, e sobretudo criar o hábito de pensar, de refletir, de filosofar sobre as próprias atitudes. Algo que, se não se aprende na Universidade, dificilmente se

adquire depois. Esta questão atinge diretamente o segundo aspecto –clareza de objetivos- que foi colocado na interrogação inicial.

Os objetivos da inserção do Humanismo no processo formativo do futuro médico, poderiam resumir-se em tornar realidade na vida do estudante a conhecida frase de Terêncio: “*Nihil humanum alienum est a me*” –e assim teria que ser para o médico, que nada de humano lhe fosse indiferente, alheio à contemplação do seu espírito. **O humanismo para o médico é o compromisso de pensar, e as humanidades são recurso para incorporar este hábito.**

Sem pensamento domesticado não há humanismo, e a tarefa torna-se sobremaneira árdua visto que o homem contemporâneo mostra-se incapaz de suportar a solidão, o silêncio e a meditação. (MONASTERIO, 1982) Mas é esse homem que bate à porta da faculdade de medicina e pedindo que o ensinem a ser médico. Um desafio e uma responsabilidade ineludível que requer um processo de educação continuada através da vida, primeiro como estudante, depois como médico. Ensinar a viver num exercício de responsabilidade, sublimando os erros, aprendendo com eles, ponderando os sucessos, numa **reflexão permanente**

Os **recursos para inserir o humanismo no ensino médico** –terceira questão do interrogação inicial- têm sua tradução prática em iniciativas variadas. O ensino das humanidades tem se mostrado de importância notável para fomentar no estudante o hábito de pensar, treinar a reflexão e facilitar um aprendizado que integra, simultaneamente, a ciência e a arte, o raciocínio clínico e o ético.

CALMAN (1997), a propósito de um **curso de literatura** para estudantes de Medicina, comenta: “O uso das humanidades na medicina supõe um particular conceito de educação dos médicos que o paciente e o público solicitam. O paciente quer um médico educado -quer dizer, alguém que não possua apenas conhecimentos, métodos clínicos e experiência, mas também que seja capaz de apreciar cada paciente como um ser humano que tem sentimentos e desejos, que possa entendê-lo e ajudá-lo explicando-lhe sua doença e amparando-o no sofrimento. Para saber lidar com estas realidades as humanidades ajudam, e muito, já que educação é mais do que simples

treino: implica uma atitude reflexiva no médico e um desejo contínuo de aprendizado ao longo da sua carreira profissional”

O autor, que trabalha nesta linha de pesquisa há anos (CALMAN et al. 1988) frisa que a **arte facilita a compreensão das emoções humanas e as atitudes do paciente perante a doença**, e ajuda o médico a cuidar do paciente corretamente. A arte –no caso a literatura- ilumina aspectos da vida, abre o espectro de observação do médico perante as emoções alheias. Neste novo universo afetivo que se contempla, é possível concordar ou não com ele, mas certamente não é possível ignorá-lo. As histórias referidas na ficção preparam o médico para escutar as histórias de vida real, e o auxiliam para que ele mesmo possa contar suas histórias.

COLES (1998), partindo também de exemplos da literatura, procede a um estudo do **processo da deterioração moral nos médicos**, sublinhando a perda de ideais e valores, que formam o arcabouço da estrutura moral, adaptando-se a exigências menores. O autor aponta que este afastamento dos princípios não se faz de modo explícito, fruto de uma decisão, mas no dia a dia , momento a momento, nas decisões corriqueiras que tomamos sem reparar, até constituir um modo de ser que não corresponde ao que nós, idealmente, queríamos. Os **exemplos da literatura ilustram como, na prática**, na vida das pessoas, acontece esta **deterioração de valores**. Salienta também que o modo como se ensina hoje no curso médico -competição, memorização, testes de múltipla escolha- não oferece muito espaço para que os estudantes pensem, decidam, elaborem suas conclusões e meditem sobre o ser humano que, como médicos, deverão abordar por inteiro “na sua variação enigmática e surpreendente”. Não finaliza o autor sem advertir um ponto já comentado: os professores de medicina transmitem valores o tempo todo para os estudantes, e o exemplo que dão é o que indica o tipo de pessoas que querem formar.

DOWNIE et al. (1997) apresentam um modelo utilizado em três escolas médicas na Escócia, e que propõe uma **integração com a literatura** como auxílio no processo de educação médica. É realizada uma seleção de leituras clássicas sobre os médicos, os pacientes, a doença, a morte e a ética. No final os alunos deverão apresentar um ensaio sobre esse temário que analise as suas conclusões. Na realidade

os autores se apoiam na literatura como um meio de “ampliar o espectro de visão” do estudante de medicina, e oferecem a oportunidade de conviver com outros estudantes e professores de outras áreas. A literatura oferece uma oportunidade de conhecer melhor as emoções humanas, os meios de exprimi-las ampliando sua perspectiva para as futuras informações que lhes chegarão dos pacientes. A novidade deste programa não consiste apenas no conteúdo mas no próprio processo de aprendizado, pois o programa desperta atitudes e valores, muitas vezes inesperados, nos próprios estudantes, dependendo da escala de valores, da educação e da maturidade que cada um possua. Os objetivos não se medem tanto pelos resultados finais, como pela capacidade de compreensão ampliada sobre o ser humano que o processo lhes traz, incluído o que se denomina resultados latentes. Na verdade é como uma viagem: importa mais o que se aprende durante o tempo que leva, do que propriamente o destino. Concluem os autores que este processo suscita educação real, e não simples treino.

Criar o hábito de pensar, e mostrar um caminho para a reflexão permanente são objetivos comuns de todas estas iniciativas humanísticas no processo de educação médica. Um tema de permanente preocupação entre os educadores, que tem cada vez mais espaço nas publicações orientadas para a formação dos médicos. Alguns como LAWRENCE et al. (1987) propõem instrumentos de **medida dos valores humanísticos** nos estudantes, e embora a validade desta quantificação seja discutível, é representativa da preocupação apontada.

Um trabalho similar é o desenvolvido por MAHEUX et al. (1990), cujas conclusões indicam que os estudantes sentem falta de uma abordagem mais humanística no ensino da medicina. Os autores sugerem dois motivos para a carência de humanismo na educação dos futuros médicos: por um lado, o curriculum médico é absolutamente preenchido e saturado de novas técnicas e conhecimentos, sem deixar espaço para discutir outras questões; por outro é muito mais fácil ensinar conhecimentos técnicos do que **promover mudanças de atitudes de vida e de valores**, que seria o objetivo da formação humanística. Este aspecto deveria ser contemplado no próprio processo de aprendizado e existem barreiras na própria estrutura educacional que dificultam esta abordagem.

Acerca do ensino de atitudes merece destaque o trabalho de SWENSON e ROTHSTEIN (1996) que analisa a importância de ensinar os estudantes de medicina a responder com senso moral e ético aos dilemas que, como estudantes, surgem nos anos de aprendizado. Isto não se consegue apenas com um curso teórico de ética, mas é preciso **guiá-los no pensar ético** para que saibam dar respostas e soluções concretas aos dilemas que surgem. Existe o que os autores denominam “erosão ética” nos estudantes de anos mais avançados, quando se defrontam com problemas concretos, que geram certa insatisfação com o seu modelo ético, ou perplexidades diante da atuação eticamente incorreta de colegas: são dilemas concretos, os que os estudantes experimentam nesses anos, diferentes dos que se apresentam nos cursos de ética. Deste modo, o fenômeno da erosão ética mostra que não só é possível mas que de fato existe um ensinamento ético -ou antiético- durante o período de formação.

Os autores oferecem **três sugestões** para tornar possível esta formação ética continuada: primeiro, que haja suporte intelectual e financeiro por parte das escolas médicas; segundo, integrar a formação ética dentro do próprio curriculum médico, com a participação de médicos e estudiosos de ética, iniciando-se com o estudo dos princípios para continuar depois nas discussões de casos, junto dos pacientes, familiares, e colegas; em terceiro lugar, prestar atenção ao meio onde se desenvolve o ensino para que a estrutura facilite este ensinamento assim como aos modelos de médicos/educadores na formação comportamental dos futuros médicos.

As considerações até aqui expendidas –decorrência natural do fomento do estudo das humanidades na escola médica, incrementando o hábito de reflexão- tornam consequente a proposta de KOEPELMAN (1995) sobre a **necessidade de ensinar filosofia**, outro recurso humanístico relevante. A autora expõe, a modo de ensaio, os benefícios que o ensino da filosofia traz aos estudantes de Medicina. É discutindo filosofia, ou melhor, filosofando sobre os problemas e questões médicas, apontadas como dilemas pelos estudantes, que se podem atingir os objetivos que aponta o texto. Para tanto, propõe a metodologia de grupos de discussão, pequenos, de estudantes, filósofos e médicos integrados. Deixa claro que a filosofia tem metodologia própria e é uma ciência que leva a pensar e justificar os motivos dos

valores, crenças e da própria atuação: não é simples opinião. Estabelece assim uma diferença análoga entre a educação e o treino, já que na primeira é preciso participar do processo, entendê-lo, compreender os limites, ao passo que o treino apenas pede respostas formatadas para diferentes situações.

A autora aponta cinco objetivos que podem ser atingidos quando a filosofia se integra na educação médica: a) Identificar as questões e hipóteses de trabalho, e ver todas as dimensões do problema. b) Ampliar a perspectiva de pensamento e o conhecimento próprio. Os estudantes aprendem a ouvir a opinião alheia com cortesia, a justificar os seus pontos de vista, a perceber as limitações neles mesmos, apreciar as virtudes nos outros c) Desenvolver capacidade de crítica. Quando se discutem as questões e se justificam os procedimentos e valores próprios, cria-se uma sistemática para torná-los mais sólidos e fundamentados. Mesmo quando se possui uma verdade e se vive de acordo com ela, a discussão consegue fundamentá-la com maior propriedade. d) Fomenta a tolerância, e o diálogo, com as opiniões alheias, o que beneficiará o futuro médico, pois aprenderá a entender também os pontos de vista do paciente, a personalizar a doença em cada paciente. Todos os pacientes gostam de ser cuidados por quem os entende. e) Finalmente cultivar a empatia, no sentido filosófico, que não é simples projeção dos sentimentos e valores sobre os demais -um simples colocar-se no lugar do outro- mas um modo de entender o outro com profundidade de forma que se compreendem os valores, pontos de vista, perspectivas, e expectativas.

Os **recursos humanísticos** na educação médica, possuem o **amplo espectro** da condição humana. Cada vez com maior frequência surgem **iniciativas vinculadas às humanidades e às artes**, na tentativa –urgente, e ao mesmo tempo, paciente e continuada- de conduzir o estudante de hoje –médico de amanhã- no caminho da reflexão sobre a riqueza da dimensão humana. Assim, cursos curriculares –obrigatórios ou eletivos- são oferecidos nas escolas médicas, alguns com experiência de anos e convenientemente institucionalizados, outros ainda em caráter pioneiro. Literatura e teatro (SHAPIRO, 2000; MATHIASSEN e ALPERT, 2001), poesia (WHITMAN, 2000), cinema (BLASCO, 2001; SILENZIO et al., 2001) compõem o mosaico de recursos que os educadores –em atitude verdadeiramente

humanista- tomam emprestados das humanidades na tentativa de auxiliar na construção da identidade do futuro médico.

Um médico que terá de ser humanista se pretende estar à altura das responsabilidades que a sociedade lhe exige. Um médico que conseguirá no seu cotidiano ser humanista, porque vê o paciente como pessoa, considera seu entorno social e psicológico, tem sensibilidade, afeto e ética e demonstra cordialidade com o enfermo (BRANCH et al.,1991)

1.5 A ABORDAGEM QUALITATIVA NA PESQUISA

“Qualitative researchers deal with people and their total lives – a research design that comes with responsibilities” (D.L.Deyhle)

Natureza da Pesquisa Qualitativa

A Pesquisa Qualitativa nasce como tal entre os pesquisadores de ciências humanas. ANDRE (1995) aborda amplamente o tema e situa a origem formal desta metodologia humanística em Dilthey, um historiador preocupado com a interpretação dos significados num contexto, e em Weber, um sociólogo, que centra a pesquisa na compreensão do significado dos fatos pesquisados, também inseridos num contexto determinado. Deste modo, **interpretação e significado são os parâmetros propostos nos estudos qualitativos**, através dos quais se procurará encontrar as respostas às perguntas que motivaram a pesquisa.

Esta mesma autora denomina também “naturalística” a pesquisa que possui esta natureza qualitativa, já que não envolve manipulação de variáveis, nem tratamento experimental. Nela se estuda o fenômeno em seu acontecer natural. O nome qualitativo quer mostrar a sua contraposição –nas origens- à abordagem quantitativista de pesquisa, defendendo uma visão holística dos fenômenos, que leva em conta todos os componentes de uma situação em suas interações e influências recíprocas. Surge assim a compreensão do acontecer do fenômeno, intimamente associado, e como consequência natural, dos parâmetros anteriormente descritos, a interpretação e o significado

A **fenomenologia** seria, no entender desta autora, a filosofia que sustenta os estudos qualitativos, já que enfatiza os aspectos subjetivos do comportamento humano. A fenomenologia postula a necessidade de penetrar no universo conceitual do sujeito para poder entender como e que espécie de sentido confere aos acontecimentos e às relações sociais que ocorrem em sua vida diária. O mundo do

sujeito, as suas experiências cotidianas e os significados atribuídos às mesmas são, portanto, os núcleos da atenção fenomenológica.

Os estudos qualitativos, devido à base fenomenológica que possuem, aglutinam uma **terminologia própria** no seu método de pesquisa. Assim, através do denominado Interacionismo Simbólico o indivíduo vai construindo as interpretações, significados e a sua visão da realidade com as experiências do quotidiano. A etnometodologia seria a ciência que estuda, de modo sistemático, como os indivíduos compreendem e estruturam o seu dia-a-dia para entender e construir a realidade que os cerca. É, pois, uma tentativa de descrição da cultura, sendo a tarefa do etnógrafo a aproximação gradativa do significado e da compreensão dos participantes, com os quais chega a partilhar os significados e busca retratar os pontos de vista de todos os envolvidos na pesquisa. O pesquisador-etnógrafo é, pois, alguém que se insere numa cultura, aprende a vivê-la com olhar de pesquisador, e descreve as experiências próprias e alheias vividas nesse contexto, buscando respostas às suas questões, que virão em forma de significados, interpretações e compreensão do fenômeno, que foi simultaneamente vivenciado e pesquisado.

GILCHRIST e WILLIAMS (1999) comentam com certa ironia que **etnografia** é aquilo que aqueles que não são antropólogos pensam que os antropólogos costumam fazer nos seus estudos. Para dizer com outras palavras, arriscando uma simplificação: uma perspectiva antropológica adotada por profissionais que não são antropólogos. (Na verdade é o caso deles, que são médicos, Professores do Departamento de Medicina de Família em duas Faculdades de Medicina diferentes, em USA). E acrescentam que a etnografia não pode ser qualificada como simplesmente subjetiva ou objetiva, já que é primordialmente interpretativa, estabelecendo conexões, e propondo-se mais do que estudar pessoas, aprender das pessoas, das suas atitudes, comportamentos, valores e crenças.

O pesquisador aproximando-se do objeto em estudo, verdadeira necessidade metodológica do etnógrafo, levanta uma questão que se contrapõe frontalmente à postura clássica do pesquisador nas abordagens quantitativas, onde a distância e a

isenção são também para ele parte da sua própria metodologia. Esta questão será abordada mais adiante.

A origem do nome qualitativo teve seu momento para marcar diferenças e estabelecer limites. Colocava-se deste modo em questão o valor que se considerava exclusivo da orientação positivista no trabalho científico fazendo emergir questões de natureza filosófica e epistemológica -como o critério de verdade no trabalho científico, a relevância dos resultados da pesquisa, o tema do objetivismo versus relativismo- que tiveram importância para a evolução da pesquisa nas ciências sociais e, por conseguinte, na área da educação.

A pesquisa no campo das ciências sociais teve uma evolução notável, especialmente na segunda metade do século XX. Por isso, ANDRE (1995) considera pouco conveniente o uso do termo “pesquisa qualitativa” de modo amplo e genérico, preferindo reservá-lo para diferenciar a técnica de coleta de dados, ou melhor, designar o tipo de dados obtidos na pesquisa, que podem ser de ordem quantitativa ou qualitativa. Para caracterizar propriamente o desenho da pesquisa, propõe uma utilização descritiva do próprio modelo. Assim, a pesquisa poderia ser histórica, descritiva, participante, etnográfica, fenomenológica, etc. Esta pesquisa pode lidar com dados de natureza qualitativa, que serão a maioria, mas permite a inclusão de parâmetros quantitativos, o que não invalidaria a perspectiva qualitativa da pesquisa que conservaria essa abordagem precípua.

Toda pesquisa arranca de uma pergunta, uma questão que requer uma resposta. A questão, em forma de hipótese, reveste-se na abordagem qualitativa de uma característica que, sem prejudicar o rigor metodológico, **acompanha todo o processo do pesquisar e pensar qualitativo: a flexibilidade.** A hipótese não é fechada, e não é a pretensão principal do processo de pesquisa a comprovação absoluta da mesma, mas busca-se entendê-la, ampliá-la, compreendê-la, e estar preparados para, ao surgir de novas questões -às vezes inesperadas- modificar a próprio ponto de partida da pesquisa conforme o processo vai ganhando continuidade (KUZEL, 1999)

Esta flexibilidade radicada no próprio início do processo de pesquisa, introduz outra questão fundamental: o **tamanho da amostragem**. KUZEL (1999) afirma que a quantidade não é um parâmetro de validade, nem garantia de uma pesquisa melhor, sendo preciso um olhar qualitativo, para a escolha da mesma amostra. Pode ser esta uma simples história que ilumine a questão em estudo, podem se colher mais ou menos dados de acordo com a teoria que vai emergindo da mesma pesquisa ainda na fase de coleta de dados. Quer dizer, a teoria emergente é também um guia que orienta sobre o modo e a quantidade de dados que são necessários. É também por sua vez flexível, sendo esta uma condição para a pesquisa que este autor denomina “construtivista”. Deste modo, conclui, o tamanho da amostra será determinada pelo chamado ponto de redundância ou de saturação, onde os casos descritos se mostram suficientes para a construção da teoria que embasa os significados. A amostra podem ser poucos casos, mesmo um, sempre que seja significativo (*The sample size could be just few cases, even one good one*)

Temos aqui uma segunda questão, revestida de novidade para os pesquisadores do âmbito biológico, experimental, que habitualmente baseiam seus trabalhos em modelos quantitativos, logicamente mensuráveis. Trata-se do assim chamado **viés**, desvio, na escolha da amostra pesquisada e das próprias questões emergentes^(*). A flexibilidade metodológica da abordagem qualitativa permite ao pesquisador conduzir-se através da pesquisa de um modo que os pesquisadores habituados a desenhos quantitativos de pesquisa apontariam como repleto de viés. Soma-se, pois, esta questão à primeira já levantada, o **envolvimento do pesquisador** na matéria pesquisada. Envolvimento e viés, produto da flexibilidade e abertura da abordagem qualitativa, que devem ser interpretados e avaliados, conforme a própria metodologia que esta pesquisa possui. Justo será julgar estes parâmetros dentro do próprio contexto qualitativo, evitando-se comparações, julgamentos afinal, com outras perspectivas de pesquisa, que forneceria instrumentos inadequados para uma avaliação correta. Cada um deve ser julgado e avaliado pelos seus pares.

^(*)Embora o significado da palavra portuguesa **viés** seja diagonal, obliquidade, adotamos aqui o termo como “desvio”, para facilitar a compreensão com uma palavra aceita na comunidade científica. A tradução do inglês “bias”, que pode significar além de viés, tendência, inclinação, predisposição e até influência explica a ambiguidade do termo.

Metodologia dos estudos qualitativos

A Metodologia empregada nos estudos qualitativos é **ampla e variadíssima**. Não é o objetivo deste estudo uma exposição exaustiva desta Metodologia, mas apenas mostrar os aspectos necessários para creditar esta abordagem como um caminho de sistematização da nossa pesquisa. Revisaremos as temáticas de estudos qualitativos mais intimamente ligadas ao tema educacional que nos ocupa, com particular ênfase nos tópicos relativos à educação médica.

Dada a natureza da pesquisa qualitativa anteriormente exposta, é de esperar que a metodologia empregada nos estudos desta natureza **nos aproxime das experiências humanas**, nas quais serão investigados os significados, a interpretação das mesmas, para compreender o fenômeno. Como toda metodologia, a qualitativa possui também técnicas próprias, que têm como finalidade reduzir o índice de erro, garantindo a fidelidade ao método, e uma linha de pesquisa coerente.

Deve se ter cautela para **não confundir metodologia com técnicas**. Esta confusão, provavelmente vinda de uma visão positivista onde as técnicas de avaliação são apuradamente estabelecidas, deve ser esclarecida, pois é danosa para as abordagens qualitativas, e naturalmente para a própria ciência. Deve o pesquisador saber que a fidelidade ao método de pesquisa em abordagem qualitativa não garante a descoberta de nada importante. As experiências alheias analisadas, que na interpretação se misturam com as próprias, não eximem o pesquisador da tarefa de interpretar o que se encontrou. **A interpretação, encontrar significados nos achados, é função do pesquisador e não da técnica que se empregue.** A metodologia de pesquisa, desdobrada em técnicas variadas, deve funcionar como um guia para pensar, e não como um substituto técnico da inteligência (WEBB and GLESNE, 1992)

Esta perspectiva, que poderíamos denominar “um olhar e pensar qualitativo” requer uma postura que deve ser adquirida e ensinada no próprio âmbito da pesquisa. GARFINKEL (1964) para ensinar a pensar qualitativamente propõe estimular os

estudantes a um contato consciente com seus hábitos diários, favorecendo assim um aprofundamento na complexidade do cotidiano.

Ver a vida desta perspectiva sociológica pode trazer aos estudantes problemas inesperados, aos quais o educador tem de estar atento. As pessoas notam que vivemos num mundo de múltiplas realidades e que cada aspecto do comportamento humano poder ser analisado de várias perspectivas. Na opinião de WEBB e GLESNE (1992) é justamente a **natureza liberal da pesquisa qualitativa o que a torna uma atividade humanística** e a posiciona acorde com os objetivos de uma educação também liberal.

Na sua ampla abordagem do tema ANDRE (1995) situa a pesquisa de tipo etnográfico, estudo de culturas, como **especialmente ligada à educação**. Seria, esta, uma pesquisa que pretende “descrever a cultura da educação” sendo por tanto de extrema utilidade para os nossos objetivos. Deste modo, na pesquisa de caráter etnográfico são empregadas técnicas próprias desta abordagem como a observação participante, as entrevistas intensivas, e a análise de documentos. A mesma autora chama a atenção para o envolvimento que o pesquisador tem com o uso desta técnica já que a observação é participante, o pesquisador tem um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo por ela afetada. O pesquisador é o instrumento principal na coleta e na análise dos dados. Os dados são mediados pelo instrumento humano, o próprio pesquisador, que responde ativamente às circunstâncias que o cercam, modificando técnicas de coleta se necessário, revelando as questões que orientam a pesquisa, localizando novos aspectos, revendo toda a técnica ainda durante o desenrolar do trabalho.

O estudo etnográfico dá ênfase ao processo, preocupa-se mais com aquilo que está ocorrendo do que com o produto ou com os resultados finais. Conserva também a preocupação com o significado, com a maneira própria com que as pessoas vêem a si mesmas, as suas experiências, e o mundo que as cerca. Envolve trabalho de campo, onde o pesquisador se aproxima das pessoas, situações, locais, eventos, mantendo contato direto, como manifestações culturais. Utiliza descrição e indução, e formula hipóteses, conceitos, abstrações, teorias sem preocupar-se em

testá-las. Por isso o plano de trabalho é aberto e flexível, os seus focos de investigação vão sendo constantemente revistos, as técnicas de coleta reavaliadas, os instrumentos reformulados, e os fundamentos teóricos repensados. (ANDRE, 1995).

É notável a ênfase que esta autora dá a **flexibilidade do processo, como metodologia própria de pesquisa**, visando uma adaptação constantemente revisada de acordo com as questões emergentes no próprio processo. Os estudos etnográficos podem ser aplicados a casos particulares de cultura, aqui no caso cultura educacional, representada por grupos, situações, ou mesmo instituições sempre que tenham limites bem definidos (uma classe, uma escola, uma faculdade, um curso específico no âmbito curricular, por exemplo).

Visando uma **sistemática dos passos a dar** nas técnicas de abordagem qualitativa, CARPECKEN e APPLE (1992) descrevem cinco (5) estágios nos estudos qualitativos. Seriam, de modo genérico, o caminho que o pesquisador deve seguir quando decide investigar um assunto de uma perspectiva qualitativa. Os três primeiros estágios-passos, dizem respeito à coleta de dados; assim: a observação em primeiro lugar, seguida de uma análise preliminar desses dados, para acabar, em terceiro lugar, na procura de novos dados decorrentes desta análise.

No segundo passo, o intermediário, os mesmos autores distinguem uma seqüência de três níveis que facilitaria a análise preliminar: o primeiro consistiria na transcrição do que foi observado; o segundo seria a chamada reconstrução normativa, onde possíveis significados seriam revelados já nesta fase surgindo linhas de agrupação temática; o terceiro estaria representado por uma componente subjetiva de interpretação do que até o momento foi apurado. É neste ponto que se pode passar ao terceiro estágio acima descrito, onde a procura de novos dados está orientada por esta análise preliminar. O terceiro estágio seria, **simultaneamente, nova fonte de dados e, de algum modo, uma etapa de confirmação ou validação da análise preliminar** realizada no segundo estágio, onde os primeiros significados e interpretações já despontaram. Os autores descrevem este processo de coleta de dados, como um envolvimento “mais democrático”, onde de algum modo se dá voz

aos dados –e aos sujeitos envolvidos na pesquisa- para contribuir na construção do conhecimento.

Restam depois os dois últimos estágios que são basicamente análise, interpretação e fundamentação teórica. No quarto estágio se estabelecem relações entre os temas que surgiram com outros modelos conhecidos e existentes. Finalmente o quinto e último estágio aponta para a construção de uma teoria de sustentação dos achados na pesquisa: seria o corpo da discussão.

Comprovamos novamente que a flexibilidade e abertura que acompanha a pesquisa qualitativa, se encontra presente no mesmo núcleo do seu processo metodológico. O pensar qualitativo permite este deslocamento necessário da coleta de dados, para a interpretação dos mesmos com volta para o campo à procura de novos dados, que vem confirmar as primeiras interpretações, para dar corpo aos temas emergentes e consolidar o núcleo da discussão. **É uma atitude dinâmica da pesquisa**, onde a todo momento se conta com a **intuição do pesquisador que interpreta e descobre**, em atitude de verdadeira invenção, no seu sentido etimológico mais profundo.

O olhar qualitativo implica uma atitude voltada para o fenômeno, por vezes não esporádico, e até cotidiano, mas que deve ser desvendado pelo olhar do pesquisador à procura de significados. Trata-se de uma postura que pode parecer estranha ao positivismo científico, onde os passos da pesquisa devem ser perfeitamente delimitados e mensuráveis, mas facilmente compreendida pelos estudiosos da filosofia da ciência. ORTEGA Y GASSET (1916) comenta que muitos avanços obtidos em ciência, política e arte são devidos à intuição de alguém que consegue transferir a atenção humana para aspectos já reconhecidos como interessantes nos quais ninguém tinha reparado. Reparar *-fixar-se*, na tradução literal do espanhol- acrescenta, é demorar-se na contemplação do fenômeno, com ânimo sereno. E conclui que o pensador, o artista, o cientista que aspira a ser original deve centrar-se não tanto na criação, como na invenção, entendendo-a na acepção clássica da palavra: inventar, *invenire*, encontrar, descobrir.

Na opinião de PITMAN e MAXWELL (1992) é possível compreender este deslocamento onde se transita, ao longo do processo, pelos vários estágios da pesquisa, se é **mantido o foco no objetivo da abordagem qualitativa** que procura a descrição conceitual e **identificar categorias, explicitando-as**. Os pesquisadores devem possuir algumas categorias predeterminadas que são necessariamente revistas no contexto do processo e dos dados que são obtidos e que fazem surgir novas categorias. O poder interpretativo do pesquisador selecionará dentre os dados obtidos as categorias que são críticas, e procurará encorpá-las achando novos dados, deixando em plano de menor relevo aquelas que julga não significativas. Esta predisposição do pesquisador, que influencia o modo como é conduzida a pesquisa, não é necessariamente benéfica ou prejudicial ao processo, mas deve ser explicitada. O pesquisador é na sua atitude de avaliador um consultor a quem se dá a oportunidade de lidar com um fenômeno, ou com um grupo humano, com o objetivo de tornar explícitas perspectivas que não se tornariam evidentes de outra maneira.

Uma das técnicas mais empregadas na metodologia qualitativa que se propõe uma abordagem etnográfica dentro de um contexto educacional é a de **Observador Participante**. Com ela o pesquisador focaliza seu interesse em saber como as atividades e interações de um ambiente determinado revelam certos comportamentos e valores ou crenças (BOGDEWIC, 1999). Nesta técnica os informantes – “*native speakers*”- fornecem os dados ao pesquisador, através das histórias e da sua interpretação, ajudando-o na confecção da própria análise (*editing*). São dados válidos para a pesquisa, tanto o que é comentado pelos informantes-participantes, como as próprias impressões do pesquisador, que vive o contexto pesquisado, sendo ele mesmo a ferramenta primordial na coleta de dados. Por tanto, a observação do que objetivamente acontece, unida ao que o pesquisador interpreta, assim como as próprias sensações e reflexões que surgem em campo, mesmo em forma de dilemas ou questionamentos, formam o corpo dos dados coletados. Este autor é categórico na afirmação de que as experiências que se apuram no campo de pesquisa, não devem ser apenas observadas e registradas, mas também sentidas, já que **a reflexão sobre o sentimento é essencial para a pesquisa**.

No processo que adota a Observação Participante como técnica, é comum o pesquisador poder observar a presença de **informantes especialmente inseridos no processo** (*key informants*), e que demonstram particular conhecimento assim como uma atitude destacada de observação, de reflexão sobre o próprio processo e sabem articular estas reflexões traduzindo-as em boas histórias. São estes os que, no decorrer do processo, se tornam de algum modo colaboradores especiais do pesquisador, extraídos dentre o universo do contexto pesquisado.

Os informantes especiais, são “bons tradutores, bons contadores de histórias”, e fornecem ao pesquisador respostas para as questões procuradas quando formuladas com as interrogações clássicas: o quê, quem, onde, como, de que modo, quando. Demonstram sensibilidade para o processo, sabem posicionar-se entre os seus pares. Quando o processo se inicia, são os que comandam a maioria das respostas, e tornam-se depois verdadeiros intérpretes, ajudando a ampliar as questões colocadas. Assumem, com o tempo, um papel de professor, passam eles mesmos a formular perguntas, e podem tornar-se verdadeiros co-autores da pesquisa (GILCHRIST and WILLIAMS, 1999).

No processo que adota a Observação Participante o pesquisador deve dar **ênfase a escutar**. A verdadeira questão que possibilita esta técnica não é como falar com um informante, mas sobretudo como escutá-lo. Estes aspectos que fazem o pesquisador seguir a direção estabelecida pelo informante aprendendo a escutá-lo, apresenta uma analogia peculiar e de vital importância para caracterizar o método clínico “centrado no paciente”, tema que será abordado posteriormente e para o qual a pesquisa de abordagem qualitativa é campo fértil de aprendizado.

O uso de **Grupos Focais** é outra técnica utilizada na metodologia qualitativa com abordagem etnográfica. Neste ponto levanta-se a debatida questão de até que ponto a homogeneidade ou heterogeneidade do grupo é imprescindível para viabilizar a pesquisa. BELLE BROWN (1999), superando esta discussão clássica, aponta como imprescindível o envolvimento de participantes que tenham idéias, opiniões, e sentimentos sobre o tópico objeto da pesquisa. Na verdade é a própria

questão investigada em pauta que determinará o tipo de grupos que podem ser estabelecidos.

Os Grupos Focais são um contexto de discussão mais estruturado que aquele instalado na Observação Participante. Este novo ambiente requer a presença de um **moderador**, cujo papel é essencial no andamento dos trabalhos, devendo ser um bom observador e um facilitador da discussão no grupo. A função do moderador pode ser assumida pelo próprio pesquisador, se possuir experiência e habilidade para tal, ou podem ser incluídos outros moderadores, que auxiliam o pesquisador principal. Habitualmente inclui-se um roteiro de discussão que será debatido entre o Grupo, liderado pelo moderador para facilitar o processo, e, conseqüentemente, a emergência de dados que serão a base da análise. Em qualquer caso o moderador deve estar atento, pois é natural que surjam, em discussões abertas e bem conduzidas, não apenas respostas e interpretações dos tópicos previamente selecionados, mas também novas questões não previstas que deverão ser incluídas no foco da pesquisa.

Na **interpretação e análise** dos resultados deve se ter presente que a **unidade a ser analisada é o Grupo, não os participantes individualmente**, e que o próprio Grupo deve participar e validar o trabalho de interpretação dos dados, e a construção de conhecimento, processo que se realiza em simultaneidade com a coleta de dados.

CRABTREE e MILLER, dois estudiosos da pesquisa qualitativa no âmbito clínico, particularmente na perspectiva da Medicina de Família, enfatizam a necessidade de que o processo de abordagem qualitativo deve se manter flexível, interativo e contínuo mesmo quando usando técnicas tão pontuais como as **Entrevistas** (*depth interview*), (MILLER and CRABTREE, 1999). Com a utilização de entrevistas, sejam elas estruturadas ou semi-estruturadas, ocorre o mesmo deslocamento através dos diversos passos do estudo –coleta de dados que se sobrepõe à análise, mudança nas questões procuradas, alteração do próprio roteiro da entrevista enquanto esta acontece. Como se pode facilmente depreender, esta **mobilidade de postura** está presente em todas as técnicas da abordagem qualitativa por ser parte integrante da sua metodologia própria.

Ainda ressaltam, os mesmo autores, que uma normatização excessiva –falta de mobilidade poderíamos traduzir, numa linguagem que já nos é familiar- pode ameaçar a consistência do próprio estudo. O entrevistador tem de se integrar e **conviver com a incerteza que acompanha o conhecimento próprio e a condição humana**. É o entrevistador quem deve ser o verdadeiro guia da entrevista, e não o roteiro preestabelecido, sendo o seu papel o de facilitar a comunicação por parte do entrevistado. Novamente, surge a necessidade de aprender a ouvir, o que supõe também saber perguntar. Isto implica não apenas formular perguntas mas apresentar-se com uma atitude que inspire conforto no entrevistado para que possa falar.

Mediante a técnica de entrevistas, o pesquisador propõe-se construir uma **metanarrativa** a modo de compilação das muitas narrativas recolhidas. É deste modo como a pesquisa qualitativa revela verdades que, de outro modo, permanecem implícitas, sem simplificá-las ou omiti-las, já que quando bem conduzidas preservam a “multi-vocalidade” e a complexidade das experiências vividas e relatadas.

A **interpretação** dos dados obtidos é o núcleo dos estudos qualitativos, por ser o processo que vai **dando forma, construindo categorias e explicitando significados contidos nos dados**, aproximando o pesquisador da finalidade primordial do estudo: **a compreensão do fenômeno**. Este passo requer a perícia do pesquisador, e consiste numa arte, onde entra a disciplina, a criatividade, e, novamente, a flexibilidade. No dizer dos estudiosos do tema (MILLER and CRABTREE, 1999) assemelha-se a uma dança, ou melhor, a uma festa baile. Os ritmos mudam, aparecem novos parceiros, e, embora os passos de dança sejam convencionais, cabe a cada um a criatividade, que é permitida através da flexibilidade e interpretação do ritmo em curso.

A interpretação dos dados possui também técnicas específicas das quais falaremos a seguir. É necessário, antes, sublinhar uma advertência destes mesmos autores que aponta para a tendência para, –erro comum, anotam textualmente- na interpretação, deixar de lado o olhar qualitativo e voltar-se para paradigmas de ordem quantitativo. O motivo deste desvio costuma ser pensar no público ao qual

será dirigida o trabalho de pesquisa, mormente se esse público é constituído pela área médica, clínica ou de pesquisa, quer dizer pessoas habituadas à pesquisa quantificável. Tudo ocorre como se o pesquisador quisesse conferir maior crédito ao seu trabalho diante de uma comunidade científica que reputa como ciência apenas o que é mensurável em termos quantitativos. O **recurso para manter a perspectiva qualitativa no processo de interpretação** é, por um lado, prestar atenção na possibilidade deste desvio, reformular a questão pesquisada que originou a pesquisa de modo habitual; por outro, entender que a interpretação não é mais do que o processo que virá trazer à luz, com honestidade científica, as realidades, limitações e interpretações de todos aqueles que foram envolvidos na pesquisa. Uma **revelação do que realmente aconteceu no decorrer do estudo**, com todas as variáveis; uma realidade que foi vivenciada pelo próprio pesquisador que **esteve presente**.

Compreende-se aqui como o envolvimento do pesquisador na matéria do estudo não é uma condição apenas tolerável para a abordagem qualitativa, mas postura de todo imprescindível para que a interpretação seja reflexo real do fenômeno observado e estudado. Os comentários que a este respeito faz GEERTZ (1989), um dos sistematizadores da antropologia moderna, iluminam este dilema em pauta. Comenta o autor os trabalhos de vários antropólogos, com ênfase especial nos aspectos etnográficos através da experiência, descrita e vivida, por Malinowski. Aponta a seguir que a credibilidade dos etnógrafos radica mais do que em elegantes estudos, na possibilidade de convencer o leitor de que eles, os etnógrafos, “estiveram ali” (*being there*), e vivenciaram a experiência que descrevem. E, a par disso, convencer o leitor de que se outro –o leitor, por exemplo- tivesse estado ali, teria visto, vivido e sentido o mesmo que eles vivenciaram. É um rigor científico que se abre para a reprodutibilidade da experiência relatada.

O mesmo autor não evita abordar a questão do envolvimento do pesquisador que estamos estudando, e afirma que a etnografia supõe um verdadeiro giro introspectivo na abordagem da experiência. Concede-se ao pesquisador a condição de “eu testemunhal” porque antes conseguiu nos convencer, ganhou credibilidade, tornou a sua subjetividade explícita. Nestas circunstâncias surge um relato, verdadeira **descrição participante** onde a distância afetiva entre o observador e

observado se torna mínima, e os limites se confundem. Este envolvimento vital do pesquisador não compromete a credibilidade da pesquisa, daquilo que foi testificado justamente porque se “estava ali” (*being there*), já que o etnógrafo o relata abertamente. E acrescenta em citação textual: “A questão consiste em saber como representar o processo de investigação no mesmo produto da investigação, em escrever etnografia de modo que a interpretação pessoal seja possível. Uma questão que consiste, em último término, em introduzir um eu testemunhal, abertamente comprometido com uma concepção essencialmente biográfica do estar ali, comprometida com um enfoque confessional da construção textual”

Colaboração notável é a que nos oferecem os antropólogos na perspectiva que a abordagem qualitativa de pesquisa requer. Uma colaboração que tranquiliza e confirma este caminho metodológico integrado por interpretações e significados necessariamente relacionados com a subjetividade, por vermos que outros, também cientistas, o percorrem habitualmente. Em conclusão: a objetividade dos estudos etnográficos e antropológicos consiste na explicitação da subjetividade. Não é um objetivo a perseguir a isenção do pesquisador do meio que está pesquisando, pois representaria uma deficiência metodológica. O pesquisador está imerso no campo da pesquisa, com os seus valores e postulados, com a sua subjetividade como pessoa, da qual não pode prescindir. A única coisa que à pesquisa se exige para ser honesta é que ela explicita, no decorrer da pesquisa, esta dimensão.

As técnicas ou **estilos de interpretação** são também variados e MILLER e CRABTREE (1999) discorrem através deles. A escolha de um estilo é determinada por um duplo parâmetro. De um lado, a organização dos dados e a natureza dos mesmos conduzem à escolha de uma estrutura que facilite a formalização do pensar, para chegar no núcleo da interpretação. Em outras palavras, o estilo deverá de algum modo adequar-se aos dados obtidos para que, no final do processo interpretativo apareçam as categorias e significados. Não é qualquer estilo que se pode aplicar a dados de qualquer natureza. Por outro lado, a familiaridade do pesquisador com os diversos estilos interpretativos, virá determinar também a maior conveniência no uso de um ou outro modelo.

É importante notar que o estilo interpretativo é o que permite ao pesquisador entrar em contato vivencial com os dados, “mergulhar e morar neles” –para dizê-lo com palavras textuais desses mesmos autores. Por isso a escolha do estilo requer também reflexão sobre os dados, sobre o processo, manter em foco a questão que originou a pesquisa, e a análise de si mesmo, na condição de pesquisador, para conhecer suas habilidades. Haverá quem lide melhor com estilos mais estruturados, outros com abordagens intuitivas, ou quem se apoie no conhecimento anterior do tema buscando uma credibilidade conferida pelas experiências de outros.

Os variados **estilos de interpretação podem ser agrupados em três categorias principais** segundo MILLER e CRABTREE (1999). Assim, estilos **Normatizados** (*Template style*), utilizam esquemas e códigos, derivados de teorias e conhecimentos preexistentes, aplicando-os aos dados. É o modo mais estruturado de interpretação, que permite menos flexibilidade para movimentar-se na leitura dos dados. Um segundo grupo é representado por um estilo de **Edição** (*Editing style*), aquele em que o pesquisador atua sobre os dados como um editor que seleciona, recorta, une, recoloca os dados até formarem uma sequência lógica. Finalmente, o estilo denominado **Imersão/Cristalização** (*Immersion/Crystallization style*), aquele em que o pesquisador se converte num intérprete atuando como um participante intuitivo que organiza os dados, sem recorrer a teorias ou fundamentos previamente estabelecidos.

Este último estilo –Imersão/ Cristalização- é praticado amplamente nas pesquisas etnográficas pela adequação com a natureza dos dados obtidos. BORKAN (1999) estuda este estilo com profundidade, e suas considerações serão úteis para uma maior compreensão e fundamentação da sua utilização no presente estudo.

Reconhece o autor supracitado a dificuldade evidente na descrição deste estilo, já que não se apoia em teorias prévias. Requer uma participação do pesquisador, que deverá aplicar sua intuição e seu entrosamento cognitivo e emocional. Esta profunda participação é a que faz ver ao pesquisador a questão óbvia que originou a pesquisa, **representada pela própria motivação**. A pergunta,

simples embora definitiva, poderia ser formulada nos seguintes termos: Por que isto me atrai? O que tem a ver este contexto comigo?

Esclarecida a motivação para realizar a pesquisa, o pesquisador mergulha (literalmente) nos dados obtidos, através de leituras continuadas, releituras, e revisões que incluem, naturalmente, as suas próprias impressões obtidas no campo, que são também dados da pesquisa. Não raro, o pesquisador sente certa estagnação durante o processo, quando apesar das revisões do material e da leitura de experiências similares, as categorias e significados não aparecem facilmente. É o momento de se distanciar dos dados, e focalizar a atenção em outros tópicos, de mudar a perspectiva de abordagem. Um processo de “atenta desatenção” (em palavras literais do autor). Este impasse pode ser também superado com a consulta a outros pesquisadores, dividindo as experiências, ou mesmo recorrendo à literatura –ênfáticas neste ponto pelo autor as humanidades como fonte de inspiração– para obter novas perspectivas de abordagem interpretativa. É como uma inspiração artística facilitada por estes recursos, à espera da cristalização das categorias emergentes.

Seja qual for o estilo escolhido por parecer mais adequado aos objetivos do estudo, a flexibilidade que deve acompanhar o processo do pensar qualitativo não deve ser abandonada. Por isso **não é incomum a mudança de estilo**, recorrendo a outros, durante o mesmo processo interpretativo. Segundo ADDISON (1999) limitar-se estritamente a um estilo é uma simplificação grosseira das abordagens qualitativas que, pela sua natureza, obedecem mais a um processo circular do que linear.

Finalmente, cabe uma breve consideração sobre os recursos informáticos nos estudos qualitativos. Os programas informáticos existentes, são de provada utilidade para organizar os dados obtidos, mas não podem substituir em absoluto a função interpretativa do pesquisador. A técnica é um caminho para pensar, mas não o substituto da inteligência (BELLE BROWN, 1999)

A postura do Pesquisador nos estudos qualitativos

A revisão dos conceitos principais relacionados com a natureza da pesquisa qualitativa, e com a metodologia e técnicas por ela empregadas, suscitou assuntos pouco familiares para os pesquisadores habituados a metodologias de ordem quantitativa. Assim a flexibilidade que acompanha o processo metodológico, o necessário envolvimento do pesquisador no contexto pesquisado sobretudo tratando-se de pesquisas de caráter etnográfico, e finalmente a subjetividade que, de algum modo, é não apenas tolerada mas aceita e até desejada, são questões que merecem algumas considerações.

WOLCOTT (1992) faz uma interessante análise da **postura do pesquisador** nas abordagens qualitativas que apresenta grande clareza pela conexão, repleta de simplicidade, que faz com a vida diária. De algum modo, “desmistifica” a pesquisa entendida como um curioso posicionamento distante do mundo real. Na abordagem qualitativa desloca a realidade pesquisada, aproximando-a do pesquisador e tornando-a acessível ao homem comum que possui o hábito de refletir. Uma atitude filosófica, de perguntar-se os motivos e porquês, é uma atitude de pesquisador, uma contribuição inegável para a ciência.

Afirma este autor que **competência** em pesquisa qualitativa significa ter **familiaridade** com o que está sendo feito associado com a **experiência própria** em alguns aspectos; e familiaridade implica principalmente uma atitude empática para com os trabalhos descritivos ou interpretativos. Sobre as técnicas básicas comenta que correspondem a atitudes do dia a dia, como ver, perguntar e “revisar”. Como estas palavras seriam simples demais, trocamos os termos por outros mais sofisticados que representam as mesmas atitudes: assim surgem termos como observação, entrevista, e pesquisa bibliográfica. Pode-se sofisticar ainda mais os termos e agrupá-los segundo o sentir do pesquisador. Ele, particularmente, atribui particular significado aos seguintes termos: experienciando (com ênfase nos dados sentidos, como ouvir e olhar), inquirindo, quando o pesquisador se envolve mais do que simplesmente sendo um “mero observador”, e examinando, quando se faz uso do

material usado por outros^(*). Assim não se fala de estudos de ver, perguntar, mas de um estudo “observacional”, e elevamos o pesquisador ao estatus de “observador participante” Do mesmo modo, os estudos que consistiriam em ouvir e perguntar, os dignificamos com os nomes de “história oral”, ou “entrevistas etnográficas”. E finalmente, uma “pesquisa histórica” é mais sofisticado que “procurar fontes na biblioteca”, embora signifique o mesmo.

Os comentários, certamente jocosos de WOLCOTT (1999), apontam com clareza **três atitudes básicas no pesquisador**. Em primeiro lugar, o **valor da experiência**, onde se destaca a situação vivida, sendo portanto muito mais do que simples observação: verdadeira vivência (*experiencing*). Em segundo lugar, o pesquisador precisa **perguntar-se sobre a experiência**(*enquiring*): é a questão que originará o estudo e levantará a construção de categorias e significados, buscando a compreensão. Isto é de suma importância, já que sem pergunta não há pesquisa, por mais rica que tenha sido a vivência. Poderíamos dizer que todos vivem as experiências –que podem ser até corriqueiras, do dia a dia- mas apenas o pesquisador investiga, já que é capaz de se perguntar sobre elas. Finalmente, o pesquisador **examina e reflete sobre a experiência** e se apóia em outras **experiências alheias** (*examining*)

A questão da **objetividade versus subjetividade**, é aspecto amplamente debatido em pesquisa qualitativa. Esta dicotomia tem o seu correspondente no outro binômio, de significado análogo: a **distância versus envolvimento do pesquisador**.

DEYHLE, HESS e LE COMPTE (1992) observam a este respeito que o pesquisador, ao mesmo tempo que quer “entrar” dentro do mundo pesquisado, se preocupa com manter-se “objetivo” e manter a perspectiva de um observador externo. São como os extremos entre o “amigo” e o “estranho”, quando se

^(*)A utilização do gerúndio –experienciando, inquirindo e examinando- é pouco habitual em português, sendo mais frequente a utilização dos infinitivos: experienciar, inquirir, examinar. No entanto, a maioria dos autores adotam esta forma verbal por melhor traduzir o processo dinâmico da pesquisa qualitativa, que implica a duração própria da postura fenomenológica do acontecer.

pesquisam qualitativamente grupos, quando a vertente da pesquisa é etnográfica. Conforme o papel do pesquisador de campo muda de um estranho para um amigo, se obtêm dados qualitativamente diferentes. E depois de um certo tempo, o etnógrafo assume o seu melhor papel que seria o de um informante que é amigo ao mesmo tempo.

Aparece nesta consideração um aspecto importante, citado anteriormente: o **envolvimento do pesquisador** não é algo simplesmente tolerado que contamina e prejudica a pesquisa, mas um **verdadeiro postulado metodológico** pois influencia a qualidade mesma dos dados que são obtidos. O distanciamento também é preciso para a construção das teorias, e explicitação dos significados.

POWDERMAKER (1966) comenta sobre este aparentemente difícil equilíbrio que a prática qualitativa é ao mesmo tempo arte e ciência, já que o envolvimento é necessário para entender a realidade psicológica de uma cultura, sendo-o também o distanciamento que permite a construção de uma realidade abstrata, que inclui as regras dentro das quais essa cultura funciona, o que não significa necessariamente o modo como atua cada uma das pessoas estudadas.

A pesquisa qualitativa é um refinamento sistemático do que as pessoas fazem diariamente, e do modo como constróem os seus valores e organizam o mundo à sua volta. Trata-se de explicitar este processo que, no quotidiano é feito de modo intuitivo, tácito, implícito. Esse é o núcleo e o valor dos estudos qualitativos. (BOGDEWIC, 1999)

Quando se trata de **estudos qualitativos que abordam perspectivas educacionais**, a subjetividade é uma contribuição necessária, na opinião de JANSEN e PESHKIN (1992). Também STAKE (1981) postula a necessidade da subjetividade na pesquisa em educação, já que esta pesquisa se apoia particularmente na experiência pessoal e nos significados a ela vinculados, como dados, e na observação participante unida à introspeção como o seu método natural. Neste mesmo sentido, RUBIN (1981) observa que o conhecimento neste contexto educacional é adquirido

subjetivamente já que se trata de descobrir significados através de experiências pessoais.

É inegável, pois, a contribuição que a subjetividade do pesquisador confere ao estudo de caráter qualitativo em educação. Manter o equilíbrio correto do binômio subjetividade-objetividade implica conquistar a arte do “olhar e pensar qualitativo”. CLIFFORD (1986) anota que este equilíbrio se consegue quando se reconhece o papel central que a experiência do pesquisador tem no processo, ao tempo em que se mantém uma determinada distância e objetividade na análise teórica e na construção das categorias.

O importante, pois, é tornar explícita também esta participação e a perspectiva a partir da qual o pesquisador se envolve com o processo. Como afirma RUBIN (1981) o único caso em que a subjetividade pode obstar ao trabalho do pesquisador é o caso de este não ser consciente de que ela, a subjetividade, está sempre presente. Esta afirmação é o mesmo que GEERTZ (1989) comentava dos estudos etnográficos, dito com outras palavras.

Este é o universo da abordagem qualitativa em pesquisa: envolvimento e subjetividade do pesquisador em equilíbrio com a objetividade necessária para a construção teórica dos significados; flexibilidade do processo em harmonia com uma metodologia própria e com técnicas bem estabelecidas; balanceamento necessário de uma abordagem que se propõe tornar explícitos –compreender, para poder explicar, e ensinar- as realidades quotidianas que envolvem o entramado de uma cultura determinada. O pesquisador deve tornar-se um artista intuitivo que faça continuas opções pelo fato inevitável de que ele, pesquisador, está presente no contexto da realidade pesquisada, como um inquilino observador. As escolhas resultarão boas ou más, de acordo com a continuidade que elas impliquem no trabalho do pesquisador, não apenas um curioso dentro do processo, mas alguém que sabe que fazer pesquisa qualitativa significa tratar com pessoas e com as suas vidas; e deste contato decorrem responsabilidades que devem ser assumidas (DEYHLE, HESS e LE COMPTE, 1992)

Validando os estudos qualitativos

A metodologia própria da pesquisa qualitativa e os pontos estudados sobre a postura do pesquisador, nos introduzem na questão de saber como validar os estudos desta natureza. Deverá ser uma validação que respeite a natureza da pesquisa, que tenha presentes os parâmetros apontados até aqui, e que a acredite como autêntica sem que seja necessário alterar sua identidade. Foge, por tanto, esta validação dos critérios usados em pesquisa de caráter quantitativo. Cada dimensão tem unidades próprias de medida acordes com a natureza do que está sendo medido. Será com estas ferramentas adequadas que deveremos “medir” o poder de avaliação da pesquisa qualitativa, e a competência dos estudos desta ordem.

BORKAN (1999) adverte que a questão da validação dos estudos qualitativos é certamente espinhoso e árduo, devido a que os critérios usados habitualmente na validação da pesquisa pertencem historicamente ao âmbito positivista e da ciência quantitativa.

ERICKSON (1986) anota que os critérios para julgar os métodos alternativos de pesquisa (entendendo como alternativo, aquilo que não é de natureza quantitativa), são o **significado** dos acontecimento e das ações **do ponto de vista dos atores**, isto é, daqueles que estiveram envolvidos. A voz dos participantes, e as suas opiniões quando questionados sobre o estudo em curso são, pois, parâmetro de credibilidade.

EISENHART e HOWE (1992) apontam alguns critérios gerais de validade independente do desenho de pesquisa a ser seguido. Assim, tem de haver um assunto de relevância que permita levantar as questões que originarão a pesquisa e a escolha de um desenho eticamente conduzido. Por outro lado, as questões que se pesquisam e a metodologia empregada têm de possuir uma conexão lógica, para buscar as respostas pelos caminhos apropriados. Deve se atingir um grau geral de compreensão e entendimento da questão para balancear as aplicações e robustecer as conclusões. Ainda os autores advertem sobre a importância de ponderar o valor potencial dos resultados sobre os riscos de realizar o estudo. Esta última advertência diz respeito ao

desenho qualitativo denominado pesquisa-ação, que focaliza especialmente a implementação de resultados e a viabilidade de efetivá-los.

Numa tentativa sistemática de validação estes mesmos autores estabelecem 5 (cinco) passos para validar um estudo. 1) Conexão entre a questão pesquisada, o procedimento para obter os dados, e a técnica de análise. 2) A aplicação efetiva do processo de coleta de dados e de análise 3) Conhecimento anterior do tema, que deve ser levado em consideração. 4) Limites de validade interna e externa do estudo 5) Compreensão do problema.

GILCHRIST. e WILLIAMS (1999) apontam a descrição do perfil dos informantes-chaves (*key informants*) e os dados obtidos através deles, como um recurso com poder validante, especialmente nos estudos de caráter etnográfico no desenho de observador participante. Neste contexto, a metodologia da **triangulação** –veiculando os dados e observações, entre os informantes chaves, e submetendo-os à sua análise, mesmo informal- é uma técnica de validação notável.

MILLER e CRABTREE (1999) reconhecem a dificuldade natural da validação destes estudos, mormente se o que se pretende são parâmetros objetivos ou quantificáveis, e recomendam que as interpretações sejam revisadas pelas múltiplas audiências que participaram do estudo. Assim, dividir e partilhar os dados do pesquisador com outros pesquisadores, com os clínicos (ambiente onde eles situam a maioria das suas pesquisas qualitativas), e com as pessoas envolvidas no processo, confere credibilidade e poder validante ao estudo.

Assim como foi descrito no processo de Interpretação durante as diversas técnicas incluídas na metodologia qualitativa, também no concernente à validação do estudo existe a tendência de “procurar modelos mensuráveis, quantitativos”, para conquistar credibilidade da audiência. Em palavras dos estudiosos do tema é uma “tentação constante” (MILLER e CRABTREE, 1999), e por isso as recomendações para manter-se na perspectiva de “olhar qualitativo” assume formas por vezes contundentes: “Ouça sua voz interior, experimente, viva a experiência”(BORKAN, 1999)

De um modo mais ponderado, e com perspectiva científica FRANKEL (1999), resume os cânones de evidência em pesquisa qualitativa, afirmando que o **ponto de credibilidade de um estudo é que contenha a convicção suficiente para habilitar outros a realizar e viver a mesma experiência** que o observador original, e poder apreciar a verdade do que foi relatado. Por tanto, clareza, sinceridade, transparência, relatar de modo diáfano o acontecido é sinônimo de credibilidade e, no fim, parâmetro de validade do estudo qualitativo.

Estudando qualitativamente as emoções: uma perspectiva educacional.

DOBBERT e KURTH-SCHAI (1992) destacam a importância do estudo das emoções nos trabalhos de caráter etnográfico. A afetividade dos participantes, presente no envolvimento durante o estudo, **contribui com novos dados** que deverão ser também analisados. GRAY (1973) sugere que as emoções têm um papel essencial no modo como as pessoas se comunicam, se organizam e sobretudo no modo como interpretam a informação e os conhecimentos.

LUTZ e WHITE (1986) acrescentam outra **razão para estudar as emoções no contexto educacional**. As emoções –afirmam- oferecem a ligação real entre as percepções e as crenças, por um lado, e entre os desejos e intenções por outro. É comum, portanto, que no ambiente educacional as emoções surjam como uma explicação das decisões e comportamentos que se observam nesse contexto, entre os estudantes. Se é omitida esta observação, para centrar-se em aspectos relacionados com o currículo, ou com o material a ser usado, ou mesmo com novas metodologias de ensino, será difícil descobrir na prática o verdadeiro como e porquê do funcionamento de uma classe de alunos. E acrescentam: “Incorporar as emoções dentro do estudo etnográfico, permite uma visão mais abrangente do que realmente está acontecendo e do que na verdade importa no dia a dia das pessoas envolvidas”(textual).

Esta abordagem deve compreender não apenas as emoções dos sujeitos do contexto educacional, ou do universo pesquisado, mas também **as emoções do próprio pesquisador**. MALTERUD (1999), médica, professora de Medicina de Família, e com experiência em estudos qualitativos, enfatiza esta questão, recomendando uma reflexão sobre as próprias atuações e as emoções que elas suscitam, como modo de aprendizado e de explicitar realidades que permanecem no âmbito do intuitivo. Por isso insiste em que o pesquisador, em vez de tentar negar o seu envolvimento no processo do estudo, é melhor considerar o impacto que o estudo tem sobre ele, sobre a sua afetividade. E acrescenta: “recolher material da tua própria prática profissional significa ter que explorar regiões íntimas e, por vezes, incômodas do teu ser. Mesmo o médico mais humanista pode, alguma vez, ser rude com o seu paciente. Não devemos excluir esses elementos do estudo. Ao contrário, é bom refletir sobre eles, e mesmo partilhá-los com algum outro colega pesquisador. Com o tempo, chegaremos a obter uma atitude de aproximação serena e até repleta de humor das próprias faltas, sem querer a todo o custo justificá-las” (textual)

Estudos qualitativos em Medicina de Família: um recurso educacional.

Dentro do universo de pesquisa conduzida por médicos, as abordagens qualitativas têm um lugar próprio no contexto da Medicina de Família. MCWHINNEY (1997), observa que muitas das questões importantes com que se deparam os profissionais desta área não encontram resposta na metodologia quantitativa que, sendo de inegável valor, pouco colabora para o estudo dos aspectos concretos com que o médico se depara no dia a dia. A prática da Medicina de Família, centrada no contexto do paciente, requer um método que preserve a riqueza e os significados das experiências vividas ajudando a compreendê-las. A pesquisa qualitativa, na qual a Medicina de Família se aproxima num trabalho conjunto dos cientistas sociais, oferece esta metodologia que se propõe não tanto generalizar os resultados –traduzindo-os em poder estatístico ou níveis de evidência- mas sim enriquecer a compreensão do fenômeno. A perspectiva específica do paciente é preservada, sem a diluir na generalização, já que a possibilidade de generalizar tem

de ser inevitavelmente sacrificada quando o que se procura é um conhecimento concreto.

São dois os aspectos que tornam a pesquisa qualitativa extremamente útil para Medicina de Família e justificam a sua freqüente utilização. De um lado, a atuação que este profissional tem na Atenção Primária à Saúde. Do outro, o seu compromisso com o processo de educação médica.

MILLER e CRABTREE (1999) destacam **a importância que a abordagem qualitativa tem para os pesquisadores de atenção primária**, que entendem a sua disciplina como um exercício mais empírico e artesanal, do que teoricamente fundamentado. Neste sentido, assemelham o pesquisador de atenção primária a um artífice ou artista, que entende o processo de abordagem clínica como algo análogo à “dança de interpretação” dos dados obtidos na metodologia qualitativa. Em ambos os casos, existe a necessidade de interpretar, revelando-se um interessante paralelismo no modo como o clínico primário constrói um sentido com as histórias do paciente, e como se conduz através dos dados qualitativos para explicitar as categorias emergentes. No último caso, os parceiros de baile seriam os mesmos dados; no primeiro, na prática clínica, o paciente, sua história, seu contexto, e, naturalmente, sua família assumiriam esta posição.

Vários autores (ROSER, W., 1999; MANT, D, 1999; CULPEPPER, L; GILBERT, TH.T, 1999; WEEL, C.V; KNOTTNERUS, J.A., 1999) que atuam em atenção primária notam que nesta realidade os sintomas referidos pelo paciente são muitas vezes insidiosos, e que o paciente apresenta dificuldade em lidar com eles. Entende-se atenção primária como o primeiro contato do paciente com o médico, em pedido de ajuda. Observam que existe uma natural mistura do que é objetivo, com as expectativas e ansiedades do paciente. Todo o começo, seja qual for a gravidade da moléstia, é mal definido e, para o paciente, uma novidade com a qual não está acostumado a lidar. E aqui fazem os autores uma dupla consideração sobre o papel da pesquisa que ilustra o ponto em discussão.

Por um lado torna-se muito difícil, na situação descrita, estabelecer uma pesquisa de ordem quantitativo, com limites bem definidos, para estudar uma realidade que é, em si mesma, mal definida. Não é possível quantificar o que dificilmente se pode medir com ferramentas tão variáveis como são os sintomas no início de uma moléstia. Por outro lado, existe a necessidade de desenvolver alguma modalidade de pesquisa que ilustre o profissional de Atenção Primária, sobre estas realidades, que venha auxiliá-lo no único recurso com que o profissional conta nesses momentos: a sua experiência, que é memória de vivências, e também intuição. A solução apontada caminha no sentido de **integrar os três elementos que cercam esta situação na atenção primária**: as **evidências** que o médico possui, o **contexto do paciente**, e os **valores e vivências** que ele, paciente, tem. Daí o motivo para fomentar a pesquisa qualitativa, que ajudaria na interpretação do contexto e dos valores, complementando as evidências que o médico obtém dos estudos mensuráveis, quantitativos. Não existe, no parecer destes autores, exclusão nem privilégio de uma modalidade ou outra de pesquisa; deve existir a **necessária complementação** para habilitar o profissional na aproximação do paciente, numa abordagem centrada na pessoa –no caso, o paciente que procura ajuda- e não apenas na doença, cuja história natural apresenta múltiplas possibilidades, aqui representadas por um conjunto de sintomas, muitas vezes inespecíficos.

A perspectiva oferecida por estas considerações ao profissional atuante em atenção primária, auxiliando-o no conhecimento da história natural da doença, nos situam naturalmente no aspecto educacional que a pesquisa qualitativa oferece aos formadores de futuros médicos. Conhecer a história natural da doença é, qualitativamente pensando, conhecer algo que ultrapassa os sintomas e sinais, que o médico habitualmente avalia, para chegar no conhecimento das componentes biográficas do paciente. Assim as expectativas, ansiedades, e o modo como o paciente vivencia a sua doença, são elementos com os quais o médico deve estar habituado a lidar. Preparar o estudante –futuro médico- para trabalhar estas questões é algo que se situa no âmbito da competência profissional.

A Medicina de Família, cujo método clínico é centrado no paciente (STEWART, M. et al., 1995) , **recorre à pesquisa qualitativa para entender o**

mundo do paciente. Ao mesmo tempo, através dessa mesma metodologia, ensina ao aluno, cujo universo também procura compreender, esta abordagem particular. Existe, portanto, um notável paralelismo entre o médico diante do paciente, e esse mesmo médico, como professor, diante do aluno. Trata-se de uma atuação, muitas vezes simultânea, que conserva o olhar qualitativo para atender o paciente, olhar para o aluno, e ensinar o aluno a olhar deste mesmo modo para o seu futuro paciente.

GILCHRIST e WILLIAMS (1999) estabelecem uma analogia no modo como se deve ouvir o informante qualificado (*key informant*) e o próprio paciente, que é também um informante qualificado da sua experiência. A ênfase –em ambos os casos- não está no que se deve dizer, mas em como se deve ouvir. E concluem que seguir a direção do informante com escuta atenta, caracteriza o método clínico centrado no paciente, e se afasta do método tecnológico, que se empenha em dissolver a vivência que o paciente tem da sua moléstia num sistema racionalista estabelecido para lidar com a patologia.

MULLER (1999) ressalta a importância que possuem no âmbito educacional as **narrativas** dos pacientes, que se situam plenamente na abordagem qualitativa constituindo uma técnica particular. As narrativas nos aproximam, tornando transparentes, as vivências dos indivíduos com suas múltiplas perspectivas. Aprofunda no tema esta autora, notando que o modelo biomédico se apoia numa estrutura de moldes positivistas, com imperativos terapêuticos e intervenções tecnológicas, enquanto as realidades do paciente, se revestem sempre de particularidades e incertezas. O único modo de estas peculiaridades do paciente se explicitarem é através das narrativas que, quando levadas em consideração, ajudarão no processo do cuidar e na cura, sendo assim parte complementar indispensável da função do médico.

MISHLER (1984) através de um estudo qualitativo, identifica o que ele chama de duas vozes no processo clínico: a voz da medicina, por um lado; e a voz da vida, por outro. E observa que a voz da medicina se enfrenta com a da vida, descontextualiza o paciente, e o reduz a sinais, sintomas e doenças. Na linguagem

desta voz, o sofrimento do paciente com sua doença, seus medos e o desejo que tem de ser ajudado e compreendido, não são escutados.

Neste mesmo sentido MALTERUD (1999) aceita o papel do Médico de Família como um participante na vida das pessoas. Saber descobrir e lidar com as questões que o paciente reputa como mais importantes é o núcleo da prática clínica e da pesquisa em medicina de família.

Médico e pesquisador, com o mesmo olhar qualitativo em ambas as funções. Pesquisa que torna a prática clínica transparente, e permite ao mesmo tempo ensinar o que se pratica. De modo elegante, MALTERUD (1999) faz notar como no trabalho clínico diário, os médicos aplicam conhecimentos implícitos e estratégias que não estão descritas nos manuais, e que são contidas no âmbito da experiência profissional. E sugere que os Médicos de Família, pelas suas características de abordagem do paciente, e pelo papel como educadores, devem se esforçar em torná-los explícitos, e fundamentá-los com pesquisas bem conduzidas, transformando-os em elementos susceptíveis de serem ensinados. O processo através do qual isto é possível consiste em introspecção e numa atitude reflexiva. Assim, a pesquisa qualitativa é um meio eficaz para converter esses conhecimentos implícitos, acumulados com a experiência profissional, em conhecimento explícito e sistemático.

Concluindo sobre os estudos qualitativos

Conceitos como flexibilidade, envolvimento com a natureza do universo pesquisado, necessária subjetividade, interpretação e compreensão do fenômeno, o valor das emoções, as perspectivas qualitativas em medicina de família nos situam no contexto necessário para proceder à descrição da experiência-núcleo do presente estudo. São todos eles elementos pertencentes ao “olhar qualitativo” de que precisaremos para dar continuidade ao nosso trabalho. Parafraseando a FRANKEL (1999), poderíamos dizer que se há uma mensagem consistente no corpo desta revisão sobre metodologia qualitativa é que a questão a ser pesquisada é a que deve

determinar a metodologia a seguir. O sucesso da pesquisa consiste num bom entrosamento entre o que se quer pesquisar, e as técnicas utilizadas, tanto para coleta de dados, como de análise, e a perspectiva metodológica utilizada para a construção do conhecimento.

Quando o objeto da pesquisa está inserido no contexto da educação médica, através de uma experiência que lida com atitudes, valores e afetividade do estudante de medicina, é de esperar que os dados surjam em forma de vivências, que terão seus próprios significados, com um pulsar fenomenológico. Assim sendo, parece de todo ponto razoável que seja a perspectiva qualitativa de abordagem a que guie uma pesquisa de semelhante índole.

Motivação

A vida é o que fazemos dela
O que vemos, não é o que vemos
Senão o que somos
F. Pessoa

2. MOTIVAÇÃO

2.1 MOTIVAÇÃO E PESQUISA

Uma coisa é pôr idéias arranjadas,
outra é lidar com país de pessoas,
de carne e sangue, e mil-e-tantas misérias.

J. Guimarães Rosa

A motivação é o motor do pesquisador. Tal como for o motor, assim será a pesquisa; não apenas os resultados, mas o próprio processo, por vezes, muito mais importante do que as conclusões, já que o decorrer do processo é vivência, pedaços da sua biografia. Uma motivação forte, se traduz em empenho real, em dedicação à tarefa, numa incansável volta à questão para a qual se procuram soluções. Uma motivação frágil, arrasta um processo árduo, cansativo, e na maior parte das vezes impessoal. A motivação faz com que o pesquisador viva a pesquisa, e mergulhe nela. Quando falta corpo à motivação, o processo não se vive, corre paralelo, quase anônimo, desprovido de paternidade vital.

A motivação é também o combustível para a própria vida, para o destino que cada um deve fabricar. “A vida é o que fazemos dela” -diz Fernando Pessoa, e para saber o que temos de fazer com nossa vida, a motivação é essencial. Em faltando, a vida se vive sem vivê-la, escorre dentre as mãos e, em versos deste mesmo poeta, vive-se “porque a vida dura/ e nada na alma lhe diz/ mais que a lição de raiz/ ter por vida a sepultura” (PESSOA, 1976). Viver sem motivação, é ser um morto vivo.

Pesquisa e vida, convergem na motivação, onde encontram o seu impulso real para subsistir. Vida que se vive no dia a dia, em atitudes que são resposta às solicitações desse viver “que é sempre urgente pois a vida nos é disparada à queima-roupa” no dizer de ORTEGA (1930). É a mesma vida que se faz pesquisa quando surgem questionamentos que requerem empenho para construir uma resposta elaborada, cristalizada, metódica, científica. Mas a motivação continua sendo a mesma; a que nos faz viver, e, neste preciso instante, nos impulsiona a pesquisar. A essa motivação que unifica o homem e o pesquisador, dedicamos estas linhas, para com elas justificar a existência deste trabalho, dar razão do nosso empenho.

Os trabalhos de pesquisa científica se iniciam habitualmente esboçando a situação em que se encontra a questão que se pretende investigar, no momento de iniciar a pesquisa. É o que comumente se denomina “estado da arte”, em tradução livre, embora nem sempre correta, do inglês. Para documentar o ponto de partida, recorre-se às publicações e à ampla bibliografia na área, que esclarecem o que já se sabe, e delimitam a questão que se quer saber: a questão que será núcleo da pesquisa. Mas a revisão bibliográfica não é, nem pode confundir-se, com a motivação, aspecto nem sempre apontado nos trabalhos científicos. A motivação é força vital, interior, que se exterioriza no esforço posterior para trazer à luz as evidências conhecidas no tema, e para delimitar com precisão a questão que será objeto da pesquisa; para perfilar com clareza as respostas que se procuram.

O presente trabalho é fruto de uma motivação para a vida que, num determinado momento, sente a necessidade de esboçar uma pergunta que origina a pesquisa subsequente. Assim sendo, torna-se necessária uma justificação biográfica que esclareça a natureza desta motivação, e, ao longo da sua trajetória de vida –feita também de perguntas e respostas- mostre a gênese verdadeira da questão a ser estudada. Será pois um trabalho que arrancando de um percurso biográfico, cristalice pontualmente no assunto pesquisado. Sem essa perspectiva antropológica, dificilmente se entenderá o porquê da pesquisa. E apresentar o trabalho realizado sem essa necessária justificação, além de carecer de rigor científico, seria impróprio da honestidade que se espera no trabalho de um pesquisador.

A revisão bibliográfica anexa à trajetória de vida tem um papel amplificador das questões que estão sendo estudadas. Aprender com as experiências de outros, apoiar a argumentação que explica as vivências próprias com os recursos que a produção científica anterior oferece, é uma atitude de bom senso, que protege o pesquisador do subjetivismo. E além do bom senso, trata-se de atitude humana, do homem que se questiona, e quer saber e compartilhar suas vivências com outros que o precederam. Mas, afinal, a motivação é questão que cada um tem de resolver por si só, e de nada servirão as experiências alheias se não encontram sintonia no interior de quem procura respostas para as questões que ele mesmo provocou.

Comenta Ortega y Gasset, a propósito da reforma universitária e dos novos caminhos que a Universidade deve procurar, um aspecto que esclarece o tema dos modelos alheios: “Não censuro que nos informemos olhando o exemplo do próximo; aliás, é preciso fazê-lo, mas sabendo que isto não pode nos eximir de resolver originalmente nosso próprio destino” E acrescenta: “Não importa que cheguemos às mesmas conclusões e formas a que outros chegaram; o importante é que cheguemos a elas por nosso próprio pé, após pessoal combate com a questão que nos ocupa”(ORTEGA, 1930)

Um compromisso e um dever: estas são as motivações da presente pesquisa. Compromisso de relatar o que foi vivido ao longo dos encontros que a seguir se descrevem. Dever de, através da reflexão ponderada que a pesquisa leva consigo, poder transmitir os conhecimentos aos que venham depois. Um dever que é sentir a responsabilidade de fazer do nosso saber –acúmulo de vivências, reflexão e estudo– uma realidade que nos transcenda, que seja útil, um serviço real aos demais.

Partilhar as descobertas e o saber é atitude que protege de desvios e conserva a perspectiva da realidade. Bem advertia D. Quixote a Sancho, nomeado governador da Insula Baratária, sobre a importância da modéstia e do conhecimento próprio “mais difícil do que se possa imaginar, e quem o tem não se incha nem enlouquece....e toma por meio a virtude e não o sangue, que o sangue se herda, e a virtude se conquista, e a virtude vale por si só o que o sangue não pode valer”

(CERVANTES, 1949). Ao sabor clássico destes conselhos percorreremos o itinerário da nossa pesquisa.

A história das descobertas científicas –que inclui capítulos essenciais da própria história da Medicina- está repleta de ensinamentos sumamente importantes. É fácil notar como a observação de fenômenos aleatórios, que em modo algum tinham sido previamente programados pelos cientistas, rendem resultados que provocam questionamentos e que posteriormente são investigados com pesquisa formal. A observação de um fenômeno, num determinado contexto, precede portanto à pesquisa propriamente dita. Basta lembrar a descoberta dos antibióticos, ou das vacinas, ou mesmo dos progressos da microbiologia para perceber que este é o ritmo histórico natural do progresso da ciência (THORWALD, s.d.)

No entanto, com o passar do tempo, a sequência de pesquisas desenvolvidas sobre a observação inicial –que visa extrair todos os desdobramentos possíveis dessa descoberta, costuma desviar o foco do processo histórico para centrá-lo nos novos achados, então sim, fruto de estudos programados e desenhados sobre uma base teórica. E, conforme nos distanciamos da observação inicial –aquela que em tantas ocasiões foi fruto do acaso- corre-se o risco de esquecer quais foram as origens das pesquisas que atualmente estão em curso. Um risco que encerra a imprudência de julgar como ciência somente aquilo que é programável a priori, desprezando a observação do não previsto –a capacidade de admirar-se, diziam os filósofos da antiguidade- que é origem da postura científica. A comprovação de hipóteses mediante experiências científicas padronizadas, traz argumentos de credibilidade para a hipótese; é o que atualmente se denomina níveis de evidência, necessários para um progresso técnico racional. Mas esta evolução da ciência nada subtrai de científico à postura inicial que foi capaz de observar o fenômeno. Pertencem a ordens distintas, com papéis e funções diferentes, dentro do domínio do conhecimento humano.

A presente pesquisa sobre o poder educador do cinema situa-se no âmbito da observação, e pretende descrever as vivências que o fenômeno –o contato com o

cinema num ambiente educacional- traz aos estudantes, sugerindo uma nova forma de colaboração no processo formativo do aluno de medicina. Trata-se de uma descrição que não pretende comprovar hipóteses delineadas mas sim relatar o fenômeno vivenciado dentro de um universo variado de experiências. Será pois um relato que se aproxima de um trabalho etnográfico, com a descrição honesta, vital e comprometida que se requer no estudo das culturas, no caso, de uma cultura da educação. Não houve neste trabalho uma premissa prévia que devesse ser comprovada, mas um encontro natural com uma metodologia, que trouxe resultados sem dúvida marcados pela novidade. Foi assim que as coisas se passaram, e deste modo deve ser relatado: contar o que realmente aconteceu, por se “ter estado lá e ter vivenciado a experiência” é condição de credibilidade e parâmetro de validade nos estudos etnográficos. Situamo-nos plenamente no âmbito de uma perspectiva de abordagem qualitativa na pesquisa que nos ocupa.

A questão convergente que centra a pesquisa acaba de ser enunciada: quais são as possibilidades que o cinema oferece como recurso educacional na escola médica? Naturalmente, a resposta plena a esta questão supera as pretensões do presente trabalho, cabendo no momento mostrar não todas as possibilidades que o cinema encerra como instrumento formador, mas simplesmente é possível considerá-lo como tal e os caminhos metodológicos a serem empregados na sua utilização. Mostrar que o cinema pode ser útil para formar os futuros médicos, é condição prévia ao estudo das aplicações concretas das suas potencialidades que poderão ser desenvolvidas numa futura linha de pesquisa.

2.2 PACIENTES, ALUNOS E MEDICINA DE FAMÍLIA: MOTIVAÇÕES CONCRETAS.

Se a sua vida quotidiana lhe parece pobre, não a culpe.
Culpe-se você, e aceite que não é o suficientemente poeta
para suscitar riquezas dela.
Para os criadores não há pobreza nem lugar pobre ou indiferente
R.M. Rilke:

No início nós o admirávamos como modelo que
personalizava nosso ideal;
hoje, sem deixar de admirá-lo, contemplamos algo maior:
Um caminho que nós mesmos podemos percorrer
Uma aluna

Encontrando o paciente....

O encontro com o paciente é o momento decisivo do médico. Para esse momento –sempre único e irrepetível- converge toda a formação recebida, a ciência acumulada; e nesse momento se revela o sentido vocacional do seu ofício. O encontro com o paciente é sempre um despertador de reflexões e um ponto de partida necessário quando se pretende traçar uma trajetória vocacional, como no caso do presente estudo, que desemboca numa questão concreta de pesquisa.

Em publicação anterior (BLASCO, 1997) fizemos público o reconhecimento que o encontro com o paciente provoca, sublinhando que é junto do paciente que nascem as experiências perpassadas de reflexões, por serem os pacientes um gabarito através do qual medimos nosso atuar, em contínuo desafio para superar-nos em busca de maior perfeição. É do encontro vital com os pacientes que arrancam estas considerações que explicam a trajetória percorrida até situar a pesquisa. Não poderiam ser apenas memórias –em forma de relatos, por não ser o lugar oportuno

para fazê-las assim; mas são, sim, reflexões apoiadas em histórias de vida, que foram vivenciadas pelo autor e pelos pacientes, em simultaneidade.

Encontrando o aluno...

Se o encontro com o paciente é momento decisivo na vida do médico, momento em que a vocação é estimulada a uma reflexão de maior amplitude, quando o médico assume um papel docente, o **encontro com o aluno lhe traz novas perspectivas vocacionais**. A reflexão é ampliada e complementada por um novo desafio ao qual deverá responder adequadamente. O encontro com o paciente coloca o médico perante a tarefa de entendê-lo para saber cuidar dele; o encontro com o aluno pressupõe no médico-professor entender o aluno, e descobrir como pode ensinar o conhecimento que foi construindo mediante a reflexão no contato com o paciente.

A trajetória do primeiro encontro -o que teve lugar com o paciente- faz parte do desenvolvimento profissional do médico, é a sua história natural: antes ou depois, todo médico passa a cuidar de pacientes que o procuram. O encontro com o aluno, no entanto, requer uma explicação por não ser a docência o caminho natural de todos os médicos. Por este motivo, são justificáveis e necessárias umas breves notas biográficas para descrever sumariamente a história deste encontro com o aluno ao longo dos últimos 7 anos. Difícil seria entender sem elas a motivação da presente pesquisa, que se centra no universo da educação médica.

Doutor -do latim *Doctor, doctoris*- provém do verbo *doceo, es, ere*: ensinar. Doutor é pois, na sua raiz semântica, aquele que está habilitado para ensinar. Um motivo maior para incluir a história do aluno -sujeito do processo de ensinar- no presente estudo.

O contato com a atividade docente iniciou-se em 1995, no Departamento de Medicina Psicossomática na Faculdade de Medicina da Universidade de Santo

Amaro. Um convite do Prof. Wilhelm Kenzler, titular do Departamento, foi o ponto de partida desta história que narra o encontro com o aluno. Convite, justo é comentá-lo, formulado a modo de desafio e em linguagem até poética: “Por que não dedicar uma parte do seu tempo profissional a cultivar pessoas, futuros médicos?”, foi me dito na ocasião.

Ao longo de 6 anos (1995-2000) a Faculdade de Medicina da UNISA foi o cenário do encontro semanal com o aluno. Através de aulas teóricas e sobretudo seminários, sem faltarem as entrevistas individuais com os alunos, foi desenvolvido um programa que veio a constituir num primeiro ensaio em Medicina Humanística. Assim, o estudo das bases da personalidade e dos temperamentos, a relação médico-paciente, questões de ética e bioética, noções da medicina centrada na pessoa, tudo isso foi abordado em discussão aberta e serviu de ponto de partida –junto com a bibliografia *ad hoc*- para uma reflexão conjunta de professor e alunos envolvidos no processo. Reflexão esta, que incidiu tanto sobre o relacionamento com o paciente como sobre o perfil do médico, objetivo imediato dos alunos da faculdade, e da construção do ser humano como pessoa.

Simultaneamente, e estimulado pela resposta dos alunos, iniciou-se um trabalho de formação no departamento acadêmico da SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Família, fundada três anos antes (1992), com o objetivo de congregar médicos e professores de medicina, preocupados em repensar a figura do médico de família para os tempos atuais e, com ela, interferir no processo de re-humanização da Medicina. Os ideais desta Instituição que ajudamos a fundar, encontraram nos estudantes de medicina uma resposta de proporções notáveis, mostrando-se assim o universo do acadêmico de medicina, como um dos campos principais de atuação da SOBRAMFA.

Deste modo, durante esses mesmos 6 anos de docência, desenvolveu-se junto a essa Sociedade um trabalho formativo com acadêmicos de medicina que foi, sem deixar lugar a dúvidas, uma das maiores motivações para o presente trabalho de pesquisa. Trabalho este realizado em atividade “informal” –entendendo-se por

informal o não estar vinculada a uma Instituição Universitária particular por agrupar estudantes provenientes de várias escolas médicas.

Os resultados deste trabalho podem ser encontrados na colaboração prestada para instituir Ligas de Medicina de Família em várias Escolas Médicas do Estado de São Paulo, (em número de 7- UNISA, FMUSP, UNIFESP, Fac. Med de JUNDIAI, Fac. Med. PUC-Sorocaba, Fac.Ciências Médicas SANTA CASA de S.P., Fac.Med. CATANDUVA) assim como os Congressos Anuais Acadêmicos de Medicina de Família (em número de 5, de 1997 até 2001), das Jornadas Acadêmicas (em número de 4, de 1998 até 2001), e das Reuniões Mensais para Acadêmicos no Comitê Multidisciplinar de Medicina de Família da Associação Paulista de Medicina (desde 1998 até o presente). Deve-se acrescentar também o contato, através de palestras, conferências e cursos específicos de Medicina de Família, com outras Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo (UNESP- Botucatu, Fac. Medicina de SANTOS, Fac. Medicina do ABC, Fac. Med. PUC- Campinas), assim como em outros estados do Território Nacional (Fac. Medicina da UEL -Univ. Est. de Londrina-PR; Fac. Ciências Médicas de POUSO ALEGRE (MG); Fac. de Medicina da UERJ; Fac. Medicina PUC-RS de Porto Alegre.)

O encontro com o aluno através deste variado universo acadêmico, providenciou múltiplas observações e as correspondentes reflexões, constituindo assim motivação essencial para o presente estudo. A necessidade, imperiosamente sentida, de sistematizar estas experiências cristalizou no presente trabalho através de um outro convite. Desta vez foi o Prof. Raymundo Soares de Azevedo, do Departamento de Patologia da FMUSP, quem nos animou neste empreendimento de reflexão e sistemática orientando-nos no programa de pós-graduação, em 1999

Finalmente, quando as experiências anteriores vinham tomando forma com a ajuda da metodologia adquirida no programa de pós-graduação, um terceiro convite veio somar novas experiências no histórico do encontro com o aluno. O Prof. Dante M.C.Gallian, Coordenador do Centro de Filosofia e História das Ciências da Saúde na Escola Paulista de Medicina- UNIFESP, solicitou em 2000 nossa colaboração

para desenvolver um programa em Humanismo e Medicina de Família (HUMEF), para alunos de graduação, no espaço oferecido pelas disciplinas eletivas do Currículo Nuclear. Neste Programa estamos trabalhando até o momento.

Fruto também da sistemática com a qual procuramos voltar-nos para as experiências vividas no encontro com o aluno, foram algumas publicações (BLASCO, 1997; BLASCO, 1997 (2); BLASCO, 1998; BLASCO et al., 1999; BLASCO, 2001; BLASCO, 2001 (2)), trabalhos em Congressos (BLASCO, 1999; BLASCO et al., 2000), Congressos Acadêmicos, e em Congressos Internacionais (BLASCO et al; 2001; BLASCO et al; 2001 (2); BLASCO et al; 2001 (3)) De toda esta produção o aluno foi parte imprescindível, não apenas como motivador da tarefa a ser desempenhada, mas como eficaz colaborador. É por isso que a maior parte da produção foi realizada em trabalho de parceria professor-aluno, representando o verdadeiro núcleo motivante do processo: a reflexão conjunta na procura da construção de conhecimento.

Uma trajetória de 7 anos, o encontro com mais de 1000 alunos, três convites pontuais, oportunos e decisivos, e a produção científica realizada em parceria com os estudantes, são os bastidores reais desta história. Um motivo biográfico mais do que suficiente para empreender a pesquisa que agora nos ocupa.

O histórico do encontro com o aluno nutre-se de um grande acúmulo de experiências. Na formalidade que a pesquisa impõe, tem de se procurar dar voz a estas experiências através dos estudos realizados na literatura, para conferir unidade à tarefa, buscando a sistematização de um tema que é rico em particularidades. Mas é justo fazer constar aqui que o narrado a seguir corresponde a **vivências concretas do autor** deste estudo, e que são também compartilhadas por outros pesquisadores. O encontro com o aluno vem carregado de sugestões e, principalmente, de temas que pedem uma reflexão serena por parte do educador. Uma reflexão que é também elemento motivador para a pesquisa que neste trabalho se desenvolve.

Parece conveniente fazer uma síntese pontual e ágil dos principais tópicos –guardados sob a forma de vivências- por constituírem motivações concretas no trabalho junto com o aluno. Sublinhar estas questões, enfatizadas pelos alunos como principais, ajudará a delimitar o trabalho de pesquisa a ser realizado, e favorecerá a reflexão posterior.

Dos aspectos surgidos na interação com o aluno e no conhecimento decorrente do seu universo próprio, surgem temas que poderiam constituir **objetivos do processo educacional** e, de algum modo, devem ser contemplados, ensinados, e, principalmente, aprendidos nos anos de formação acadêmica.

Assim, pudemos observar como os alunos apontam características que reputam necessárias no médico, o que no fundo é uma solicitação de ajuda para poder adquiri-las. As histórias de vida aparecem com força, pois a metodologia de “colocar-se no lugar do paciente” está presente em todos os tópicos da discussão. Pensar no médico que gostariam de ser, representa de algum modo “construir” o médico que gostariam de ter quando na condição de pacientes. Neste contexto, são citadas características como **aprender a abordar o paciente**. O estudante é da opinião que o olhar do médico detecta intuitivamente circunstâncias que são de importância diagnóstica. Poderíamos denominar isto “sentir os modos do paciente, a vivência do paciente, o que a doença marca por fora”.

Também solicitam os alunos **conhecer os elementos para a construção de uma relação médico-paciente com vínculo real**. Testemunhos como os da síntese de frases transcritas a seguir são esclarecedores:

“É preciso chamar os pacientes pelo nome. Trata-se de praticar ações simples de boa educação que fazem o paciente sentir-se especialmente considerado. Não importa o que você faz ao paciente, mas como você o faz. O paciente em primeiro lugar. É o paciente o verdadeiro parâmetro para o médico. Tenho que resolver o problema do paciente, e não apenas o meu problema como médico. Qual é o significado da doença para o paciente?”

Somente assim saberei tratar o paciente com valores e sentimentos próprios, de modo realista, de modo que ele possa realizar o tratamento. É preciso saber por que o paciente procurou a você como médico. Ouvir o paciente, é preciso aprender a fazê-lo. Aprender a ser observador. Ouça, ouça e re-ouça o paciente. Nosso objetivo é aliviar o sofrimento. Isto pode se fazer mesmo em situações adversas” (gravado de uma discussão aberta com alunos do 3ºano, Medicina Psicossomática- Fac. de Medicina da Universidade de Santo Amaro, 1999)

A **postura e a atitude do médico** é outra questão que foi levantada nas discussões. Aqui incluem-se aspectos que vão desde a aparência do médico, até a atenção dedicada, o saber ouvir o paciente, com a consciência de que também o paciente está “examinando” o médico, avaliando-o. A postura e atitudes determinam, afinal, competência e são condição para infundir a confiança, que o paciente não adquire por meios “racionais”, mas intuitivamente:

Saber avaliar as atitudes do paciente, exige compreensão e tentar entender o porquê dessa atitude. Muitas vezes o paciente pede ajuda de modos diferentes, nas entrelinhas, na postura, no olhar, e é preciso ter sensibilidade para sintonizar com este novo modo de comunicação. Avaliar o paciente requer uma atitude reflexiva que leva a formular perguntas como as seguintes: O que este paciente esperava de nós? Por que ele veio à consulta, se o problema parece não dizer respeito a nós? Em que ele quer ser ajudado? Como ele vê a sua doença?

A falta de **explicações sobre a doença** é um dos temas onde os acadêmicos demonstram maior sensibilidade, talvez pela experiência pessoal ou familiar: Os alunos alegam que, por vezes, parece que os médicos “estão tão ocupados com a Medicina que mal têm tempo para conversar com o paciente; é preciso explicar ao paciente o que acontece com ele”. Igualmente nas condutas que se adotam é preciso explicar ao paciente o que se pretende com o tratamento, e encontrar modos de tornar as decisões de investigação diagnóstica e terapêutica compreensíveis para o paciente.

Esta é a base para tornar o paciente um colaborador do médico. O paciente percebe que o médico está do seu lado, enfrentando a doença.

O aluno repara que quando se explicam estas questões de modo que o paciente possa entender, revertem num **benefício educacional** para ele. Saber explicar ao paciente implica para o aluno procurar clareza de intenções no diagnóstico e no tratamento, atrelando a doença ao paciente determinado, personalizando a doença. A clareza que se adquire “ensinando ao paciente” faz com que o aluno incorpore uma metodologia própria no momento de registrar no prontuário esta realidade, fazendo constar o raciocínio que o fez optar por esta solução determinada e não por outras. Assemelha-se a “discutir um caso em voz alta consigo mesmo”. Seria, em linguagem popular, importando o termo do inglês, como o “making -off” do caso.

O aluno torna-se sensível, no contato com o paciente, para as **necessidades reais da comunidade**, mostrando assim a importância educacional da **Atenção Primária em Saúde**. O aluno compreende e motiva-se por aprender a cuidar do que é mais comum e que certamente estará no seu cotidiano quando profissional. Por outro lado, o contexto da atenção primária conserva um caráter de surpresa, já que não se escolhe o paciente, e se atende a quem solicita ajuda, preservando um atendimento de caráter amplo, fundamental nos anos de formação médica. O seguinte testemunho é esclarecedor: “ *Nunca se sabe o que vai acontecer na consulta, a surpresa é um fator estimulante e mostra que sempre se pode fazer algo pelo paciente.*” (uma aluna, em discussão aberta, UNISA, 1999)

Debates como os descritos –espaço de discussão aberta- permitem ao aluno assumir sua função de protagonista, estimulam sua reflexão, o comprometem com os objetivos educacionais, abrindo caminho para uma formação das atitudes, apoiadas no hábito de pensar. Serve o testemunho registrado a seguir, como amostra desta realidade.

“Este curso, com as discussões, serve para manter o ideal, mesmo diante de situações difíceis e nos faz acreditar que realmente é possível “ser médico”. Animou-me muito pois estava desiludida. O curso me motivou, tive vontade de estudar, de ser mais humana. Alertou-me para estar atenta à desumanização já que o processo é lento e quando percebemos já deu metástases, já avançou, não tem mais jeito. Descobri que é preciso manter a vontade de ajudar e ampliou a visão do cuidar, com pequenos detalhes. Na verdade penso que arrumei uma encrenca para a minha vida. Gostei; sempre busquei uma medicina ligada ao humanismo. O conhecimento teórico aprendido na escola precisa de humanismo para chegar ao paciente. Ser um profissional abrangente é aprender mais sobre as pessoas no agir e no falar.”
(Avaliação escrita do Curso Bases da Medicina de Família, UNIFESP, 2000)

Pode-se complementar com este outro registro, que anima o educador, e mostra a eficácia de semelhante metodologia

“É necessário esforço e sistematização para o que aparentemente bastaria bom senso. O bom senso deve ser esquematizado, com metodologia.. É preciso ouvir estas coisas mesmo que pensemos ser apenas bom senso. É bom ver que há gente que está preocupada com o ensino, olhando para o aluno. Penso que poderei fazer a releitura destas aulas conforme as coisas vão chegando na minha vida. A Medicina de Família surge como uma guia-mestra para todos os cursos dentro da medicina e proporcionar um espaço aberto para discussões do cotidiano.” (Ibidem)

O encontro com a Medicina de Família

Se fosse necessário resumir numa palavra o histórico dos encontros até aqui relatados, essa palavra seria, sem lugar a dúvidas, compreensão. Por um lado, a compreensão do paciente frente ao qual nos coloca a atividade profissional, no seu

adoecer biográfico, na tentativa de entender o enfermo vivenciando a sua doença. Por outro, o encontro com o aluno exige de nós, médico-professor, compreensão, também biográfica, para interferir e colaborar no processo de aprendizado. Este binômio de contínuo desafio, insere-se na vida do médico-professor com caráter indelével, espicaçando-o na procura de recursos que venham auxiliá-lo na construção de uma resposta elaborada para estas duas questões, situadas na sua presença, como uma permanente interrogação. É aqui onde nasce o pesquisador. O desafio provoca a verdadeira motivação vital para a presente pesquisa.

O processo continuado de pesquisa, verdadeira atitude em busca de respostas, transita pela literatura –histórias de outros que também procuram respostas- , se enriquece pelo contato pessoal com pesquisadores afins, decanta-se em ensaios e trabalhos que espelham a necessidade de comunicar as experiências vividas, para, finalmente, convergir reflexivamente sobre as próprias vivências. Nesta volta às raízes, no encontro sereno com a motivação, delineiam-se os modelos, perfila-se a sistemática, a metodologia toma corpo. E o pesquisador, inquieto com as interrogações, descobre caminhos para providenciar respostas, porque as respostas não surgem nunca prontas, definitivas.

O binômio questionante –paciente e aluno- conduz neste processo reflexivo a deter-se diante do **modelo que a Medicina de Família, instalada em moldes acadêmicos**, nos oferece como um caminho de respostas, como uma verdadeira linha para dar continuidade à nossa pesquisa. Um novo encontro que merece uma consideração ponderada, dentro do nosso itinerário de motivações.

Dizer que a **Medicina de Família é um caminho para humanizar a medicina**, implica duas coisas aparentemente óbvias, mas sumamente importantes. A primeira é que a Medicina de Família é um caminho, mas não é o único, existem certamente outros. A Medicina de Família não reivindica, em hipótese alguma, exclusividade neste empenho humanizante que é preocupação de muitos, talvez de todos os envolvidos na atenção à saúde. A segunda é exatamente esta: a Medicina de Família tem realmente um caminho, isto é, um sistema, uma metodologia própria

para abordar o tema da humanização. Este caminho humanizante tem como destino os desdobramentos naturais do tripê onde se apóia a Medicina de Família: humanizar a relação médico paciente, referente à atenção primária; a humanização do ensino médico, na vertente educadora da disciplina; e a humanização do próprio médico, promovendo a atitude reflexiva, oferecendo-lhe recursos continuados para incorporar esta postura. É por isso a Medicina de Família um caminho de respostas sistemáticas às questões que os primeiros encontros –com o paciente e com o aluno– levantaram, e uma possibilidade real que permite fundamentar academicamente o presente trabalho. Uma advertência para todos aqueles que, instalados na academia, pretendem fazer da Medicina de Família um espaço de formação de futuros profissionais e, através das gerações de médicos, solidificar esta ciência como uma Disciplina Acadêmica. Uma advertência e, também, um compromisso ao qual não é possível furtar-se.

O encontro com a Medicina de Família sistematiza, de algum modo, a síntese do percurso realizado nos encontros precedentes na palavra compreensão. Uma vez incorporada esta sistemática poderíamos arriscar uma nova síntese condensando também numa palavra as respostas que a metodologia da Medicina de Família nos trouxe. O termo que melhor aglutinaria o itinerário dos encontros seria provavelmente “pessoa”. É na pessoa, no ser humano, que o paciente, o aluno, e o médico de família –que cuida e ensina– encontram sua natural interseção. **O estudo da pessoa** é pois passo obrigatório para compreender esta história de encontros e motivações que originaram o presente trabalho. Trata-se de um estudo que também é biográfico, fenomenológico, vivencial; um motor que animou e anima o pesquisador, dando-lhe razão de ser. É deste modo como o **humanismo** encontra a sua razão de ser no contexto das motivações que animaram o pesquisador e, em última análise, no próprio corpo da pesquisa.

Vale dizer que a inclusão do humanismo não representa uma mera justificativa da pesquisa realizada, ou o que seria mais grave, uma desculpa aceitável para inserir um estudo humanístico num contexto habituado à ciência positiva regida pelo desenvolvimento tecnológico. Não há motivo para pedir licença quando se atua

em terreno próprio. A pessoa é o âmbito próprio do atuar médico; pelo menos tão próprio como pode ser qualquer outro procedimento que investigue uma doença determinada, e os meios para recuperar a saúde. A variedade de pesquisas que convergem sobre o ser humano, na tentativa de ampará-lo na condição de doente, tem de ver precisamente no enfermo a razão de uma unidade de fins, de uma meta comum.

2.3 O RE-ENCONTRO COM O CINEMA: UMA VOLTA ÀS RAÍZES.

Não se pode separar um homem da sua estética
e seus transbordamentos artísticos,
seja um livro, um filme ou qualquer outra coisa.
É a expressão dessa pessoa.
É um parágrafo da sua própria autobiografia.
Frank Capra

Chega ao fim o itinerário de encontros e motivações, raiz vital deste trabalho. E, no final, justo é voltar-se para um encontro peculiar: o encontro com cinema. Ele será o ponto de partida da nossa pesquisa, o cenário sobre o qual será desenhada a experiência educacional. Mas se o cinema pode ser origem do trabalho de pesquisa, é porque antes foi raiz na vida do pesquisador. Por isso o encontro com o cinema e sua contextualização como elemento formador, não é propriamente uma descoberta, mas uma redescoberta; ou se preferirmos, um re-encontro. Se a primeira parte do trabalho, onde tratamos de fundamentar os motivos que nos impulsionaram para a experiência e resultaram na pesquisa, é permeada pelas vivências de quem escreve, neste momento final, as raízes da própria história são o sustento lógico e natural das considerações que aqui se seguem. Valha esta sumária explicação para justificar o tom, completamente biográfico, deste breve capítulo.

Começou cedo o gosto pelo cinema. Na família, no lar; onde começam todos os gostos que perduram. São nutrientes que mamamos e crescemos conosco, em identidade que acompanha o desenvolvimento biológico. Ao desabrochar da juventude, sucede-se a maturidade. Tornamo-nos homens e a vida nos leva por caminhos variados. Mas somos, felizmente, marcados pela infância, presos ao berço por raízes vitais.

O cinema foi ingrediente importante dessa seiva nutritiva. Foi e continua sendo; um traço fundo e marcante, gravado a golpe de vivências, na superfície, ainda quente e branda, de uma personalidade em formação. Pode-se contorná-lo,

prescindir dele, até tentar ignorá-lo. Mas não é possível apagar o que já tem seu próprio viver, autonomia. Os múltiplos afazeres com que a vida nos solicita parecem empilhar as vivências no esquecimento. Mas não morrem nunca. Permanecem latentes, em silencioso pulsar, no íntimo do nosso ser, fazendo parte de nós. E, por isso, surgem, uma vez e outra, cruzando-se no palco da vida com as realidades -diferentes e variadas- nas quais nos vamos enfronhando.

A educação na família tinha frequentemente modos cinematográficos. Em primeiro lugar os pais, em quem justo é reconhecer os formadores que nos introduziram neste gosto: eles foram os verdadeiros professores que souberam usar a metodologia que agora utilizamos. Os irmãos, companheiros de vivências com sabor de televisão em branco e preto, jantares às pressas, e doces que se esfarelavam sobre o pijama. Família são também os avós, que gastavam inúmeras horas de sábado à tarde nas sessões contínuas no cinema. Entrávamos às quatro e saíamos, já noite, depois das oito. Pipocas, balas e lanches que, com dedicação, minha avó levava numa sacola para todos os netos, até prestigiando os gostos de cada um. Eram clima indispensável para os mutirões cinematográficos, que nunca cansavam, embora não raramente assistíssemos duas vezes ao mesmo filme. E os tios, e amigos, e tantos que entremeavam as conversas e conselhos com diálogos -quase textuais- deste ou daquele filme. Sempre como modelo, recorrendo a um idioma que todos compreendíamos. Era todo um jeito especial de se relacionar com o cinema. Os filmes eram, para nós crianças, um convidado a mais nas conversas do lar.

Poderia citar muitos exemplos para mostrar os modos cinematográficos da educação familiar que tivemos. Anotarei apenas um que, por força da circunstância, é suficientemente esclarecedor. Quando meu pai faleceu, há alguns anos, minha mãe me confidenciou: “Quando estava no velório vieram-me à cabeça as palavras que Errol Flynn, naquele filme em que personifica o General Custer, dirige à esposa antes de entrar em combate: ‘Foi um prazer passear com você pela vida’. Isso mesmo pensava eu e dizia a teu pai”. Naqueles momentos de dor, minha mãe recorria à linguagem do cinema para exprimir os seus sentimentos mais profundos. Se nunca tive dúvida da “educação em versão cinematográfica” que tínhamos recebido na família, aquele comentário foi para mim uma confirmação absoluta.

Mas não foi, a nossa, uma educação teórica sobre o cinema. Foi formação durante as vivências com o cinema, filmes assistidos em conjunto, comentados, esperados, sonhados. Domingo à tarde, quantas vezes, em evento anunciado desde o começo da semana. Até nos distraíamos em alguma aula pensando no cinema que tinha sido prometido para o domingo. Finalmente, chegávamos no cinema, começava o filme. A expectativa era grande pois muitas vezes alguém já o tinha visto; e nem digamos se era um filme antigo que estava novamente em cartaz. Reparei então que o “filme-família” nunca é completamente desconhecido para todos; sempre havia quem o tinha visto –faz muitos anos!!!- ou o recomendava alguém por outro motivo. Não era um mergulho coletivo no desconhecido, mas uma vivência orientada num clima peculiar. O ambiente, os sentimentos, as expectativas, o filme enfim que se gravava fotograficamente no álbum das lembranças entranháveis e que o tempo realça depois, sem as amarelecer, tornando-as gigantes. O tempo é um ampliador genial das emoções.

O “filme-família” era isso, o evento que marca, que se registra nos sentimentos, que pede “bis” quando os anos passam. Mas um “bis” familiar; se não, perde o encanto. Não se revê um filme-família a modo de lembrança pessoal, individualmente. Há que revê-lo para os outros, com os outros. As sensações dos outros -da família- despertam em nós as vibrações antigas do evento de outrora.

A literatura -comenta MARIAS (1992), filósofo e também crítico de cinema- é instrumento formidável para interpretar as formas de vida humana. A vida torna-se transparente na ficção. O cinema é também um elemento humanizador, um modo de explicar a vida humana, sendo como é arte. Mas não simples estética, um ídolo monolítico erigido pelo apurado gosto do cinéfilo requintado. O cinema é mais do que isso. É um jeito de ver a vida, os homens, de aproximar-nos deles para entendê-los. Uma lente que nos ajuda a explicar o acontecer humano e, mais do que explicar, sentir com os homens, em concórdia -que é coração junto a coração, como dizia ORTEGA.(1927). Uma lente que deve ser clara, cristalina, positiva.

Os filmes foram na nossa educação verdadeiro livro de vivências, motivo continuado para voltar-se sobre o ser humano e o universo com ele relacionado. Quer dizer, um humanismo vivido desde a infância, sem perceber. E nesse humanismo familiar podem se descobrir os valores impressos nos filmes, valores que nos sustentam levando-nos a viver com intensidade; e despertam, com a plasticidade das imagens, ideais altos, horizontes elevados. O cinema foi no lar um idioma que falava à cabeça e ao coração, verdadeira educação da afetividade em tantos e tão variados temas e modos que os filmes oferecem. Uma verdadeira pista de decolagem para vôos mais altos.

O cinema precisa de atmosfera propícia para gerar vivências. Ambiente externo e meio interior. Um recinto que, com o aconchego da companhia seleta, permita a expansão afetiva, livre de acanhamentos, sem medo das próprias emoções. Porque o filme que será depois experiência de vida deve ser vivido, sentido, com alguém por perto. O isolamento, o cinema em versão individual, limita o paladar das emoções, torna-se insosso. É como degustar o vinho da boa safra a sós, em desamparo de convivência. Por isso, já adulto, a gratidão se volta para os amigos, os colegas, a família que divide o nosso teto, os que viveram os filmes conosco. Em participação vital que abarca o comentário acertado na mudança de cena, a exclamação que desnuda o espírito, o sorriso e as lágrimas, mudos testemunhos de uma afetividade em sintonia. Quantas vezes são os comentários, no café da manhã, os que revelam os negativos que a película estampou na alma a noite passada. Companheiros de vivências, todos eles, são por justo mérito raízes e motivação desta experiência.

Nas raízes do cinema também professores, mestres, amigos desfilam pela memória. E os outros mestres, os escritores, filósofos, poetas, que em silencioso rumor cultivam nosso espírito, nos ajudam a entender o ser humano. E os alunos com quem estabelecemos, através da linguagem que o cinema nos brinda, uma comunicação eficaz, que também fala à cabeça e ao coração, e nos educa mutuamente, e nos faz aprender. E até os pacientes – quantas vezes falo com eles através de filmes, utilizo a linguagem do cinema para explicar algum detalhe, ou

recebo presentes em forma de filmes! Os pacientes, sem querer ensinar acabam educando nossos sentimentos. É grande o poder educador de quem, polido com o sofrimento, ressuma humanidade pelos poros. É como se a necessidade descortinasse a essência do homem, desviando o nosso olhar das frivolidades, do epidérmico.

Presente nas raízes biográficas também se encontra um empreendimento de anos atrás, no qual fui convidado a participar: o projeto Video& Cultura, em cujas reuniões do conselho editorial tive oportunidade de escrever sobre o cinema e, mais importante, de repensar no cinema e prende-lo às minhas raízes formativas, enquanto revia e revivia os filmes, para levar as idéias até o papel, e me re-encontrava com valores impressos na infância.

Estas são as raízes biográficas que explicam o motivo desta experiência vital sobre o cinema. Uma experiência que tem como bússola a procura dos valores, com a profunda convicção de que são estes o elemento educativo, formador. O cinema pode vir a ser usina de personalidades, promotor de atitudes nobres, guindaste que nos levanta e faz crescer, quando aproveitado convenientemente. É por isso, uma experiência franca, de coração aberto. E como sempre que colocamos à mostra o que é parte da nossa alma, o fazemos com a intenção de que possa ajudar outros. Eis o nosso tributo necessário de amor ao cinema, de paixão pelo homem. Uma tentativa sincera de ser útil.

2.4 INTEGRANDO MOTIVAÇÕES: CONVERGINDO PARA A PESQUISA.

As razões que originaram esta pesquisa são de ordem pessoal, biográfica: uma advertência que consta na Introdução do presente trabalho, e que de novo faz-se explícita na hora de centrar a pesquisa. Estas razões são representadas por encontros que cristalizaram em motivações. Como foi extensamente descrito, cada um dos encontros gerou questionamentos que naturalmente redundaram em perguntas, terreno fértil para que a pesquisa germine. A pesquisa é, de um modo ou de outro, a tentativa de resposta às interrogações que a reflexão sobre um determinado tema nos coloca.

O encontro com o paciente estimulou a reflexão que amplia a vocação médica, na tentativa de compreender o paciente e o universo peculiar onde a doença o situa, e a partir do qual procura ajuda e cuidados. A pergunta emergente deste encontro é evidente e poderia ser assim formulada: que recursos empregar para aproximar-se do mundo do paciente, para compreendê-lo adequadamente? O encontro seguinte, com o aluno, segue uma lógica análoga que de algum modo complementa a primeira, e provoca um questionamento similar: Como entender o mundo do aluno para poder ajudar na sua formação como médico? São portanto perguntas cujas respostas poderão ser construídas num caminho que atinge medularmente a atitude do médico-professor: o itinerário da compreensão.

Surge a Medicina de Família como um guia possível que nos ajude a trilhar este percurso. A experiência elaborada por aqueles que nos antecederam, hoje consubstanciada em metodologia, vem em nosso auxílio como um corpo próprio e sistemático de respostas para a compreensão do paciente e do aluno. A reflexão à qual o método da Medicina de Família nos conduz, desemboca na pessoa, como sujeito único que solicita a compreensão do médico, também professor, e que hoje é pesquisador que busca respostas. O método centrado no paciente e a dimensão educadora do médico de família, tem seu complemento necessário e natural na

vertente humanística, instrumento imprescindível para conhecer o ser humano, objeto último dos nossos questionamentos.

O encontro com a pessoa pede uma reflexão maior, provocando o quarto e último encontro, com o universo do Humanismo médico, e das Humanidades como recurso para melhor conhecer a pessoa, nosso objeto de pesquisa. Mas por pouco que nos demoremos nesta reflexão sobre o Humanismo, logo percebemos que ela não é uma novidade, um passo a mais que foi necessário dar, no itinerário dos encontros descritos. O Humanismo esteve presente, desde o primeiro momento, em todos eles, de modo mais ou menos explícito, já que sem Humanismo não existe propriamente reflexão. É a atitude humanista que leva a refletir sobre as atitudes no encontro com pacientes e com alunos, ampliando o espectro vocacional do médico-professor. É também a reflexão –agora sistemática e metodológica– que permite percorrer o caminho traçado pela Medicina de Família, como disciplina acadêmica. Este último encontro –com o Humanismo– não é portanto uma novidade, mas a concretização de uma atitude que desde o início esteve presente. Tratar-se-ia de uma explicitação clara e aberta dessa atitude que, no final do caminho, decide recorrer às humanidades –pisando as mesmas pegadas dos humanistas– como ajuda na elaboração das respostas que se procuram na compreensão da pessoa.

As pegadas dos humanistas compõem o universo das manifestações artísticas, essa necessária secreção do espírito humano que lembra ao homem a sua condição e tenta impedir, de algum modo, que seja absorvido pela matéria. Como foi comentado no capítulo sobre o Humanismo Médico, uma lembrança particularmente importante para quem, como o médico, trabalha com a materialidade do ser humano e deve ter presente, ao mesmo tempo, que a pessoa não se esgota na matéria. O universo das artes é para o médico uma companhia necessária que assegura sua identidade vocacional. Para o estudante, médico em formação, é auxílio na construção dessa identidade; para o profissional, torna-se instrumento de trabalho, fonte de conhecimentos, barreira que protege de desvios. A arte é nutrição para o espírito, têmpera que lhe permite tratar com a dor, a morte, e toda a gama de limitações que a condição material humana impõe, sem perder a perspectiva transcendente. A arte não

é simples refúgio que consola quando se apalpa a caducidade da matéria, como um sonho que ajudasse a fugir da realidade. Humanismo e arte são verdadeiras couraças que nos permitem mergulhar em cheio na materialidade, misturar-nos com ela –pois é com ela que os médicos lidamos diariamente- para dando o melhor de nós como médicos, ajudar até onde nos é possível, sem infectar-nos com o germe do materialismo que conduz, antes ou depois, à decepção e a perda do entusiasmo profissional.

O último encontro com as humanidades trouxe uma carga biográfica especial. Remexendo nas lembranças sempre vivas da infância e adolescência, nos deparamos com as manifestações artísticas que serviram para construir a própria identidade como pessoa. E estas, como todos os hábitos da infância, aprendidos na escola da família, se encontram firmemente arraigados. O cinema representou no nosso caso uma dimensão significativa no caminho da educação. E com a mesma naturalidade que foi aprendida, procuramos utilizá-la agora como educadores na escola médica. Primeiramente de modo informal, como recurso que conferisse maior clareza a conceitos que procurávamos ensinar; posteriormente, de modo mais sistemático, quando notamos o impacto produzido nos alunos com as primeiras tentativas.

Neste ponto, parece lógico perguntar se o cinema poderia contribuir para a solução das questões que foram emergindo até o momento e que convergem para um objetivo comum: o esforço para melhor compreender a pessoa. Compreender o paciente, para cuidar dele; compreender o aluno, para poder ensiná-lo. E compreender-se a si mesmo, que é condição que permite crescer, e, principalmente, garante a preservação da identidade como médico, como professor, como pessoa. O cinema é uma forma de arte, e como tal, parece razoável pensar que deve fazer parte dessa série de despertadores da condição humana que são as humanidades e as manifestações artísticas. As motivações convergem sobre o cinema, e é nele que o impulso para a pesquisa toma forma concreta, pontual, e surgem os objetivos que a trabalho de pesquisa se propõe desenvolver.

O processo de avaliação é condição de credibilidade na pesquisa, e ponto de partida para desdobramentos posteriores que venham integrar uma linha de pesquisa. Trata-se neste caso de avaliar o poder educacional do cinema e o impacto produzido nos alunos. É o momento de recorrer de novo à biografia para observar o que foi vivido, e onde o cinema tomou parte em tudo isto. Percebe-se que o que se tem nas mãos é um conjunto de experiências –variadas em circunstâncias, em público, e em contexto- que tem como denominador comum estudantes de medicina, recursos provenientes do cinema, e ocasiões educacionais também variadas. Avaliar estas experiências, que são, antes de mais nada, vivências dos próprios alunos, requererá instrumentos apropriados que contemplem este universo. Impõe-se, por tanto, recorrer a ferramentas de avaliação que sejam capazes de lidar com a variedade do contexto e com a riqueza das vivências, sem perder o rigor metodológico, conferindo credibilidade e solidez científica à pesquisa. A metodologia de abordagem qualitativa surge como um instrumento possível de avaliação da experiência. Completa-se assim o itinerário biográfico das motivações, delineam-se os objetivos, perfilham-se os métodos de avaliação: a pesquisa pode começar.

Objetivos

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Avaliação das **expectativas, dilemas e motivações** do aluno de graduação do Curso Médico, utilizando o **cinema^(*)** como possível recurso educacional.

Objetivos Específicos:

1. Avaliar se as discussões realizadas a partir do contato com as produções cinematográficas, podem ser um **recurso para conhecer o domínio afetivo** do aluno, e promover uma intervenção educacional consistente.
2. Avaliar se este recurso pode **colaborar numa educação humanística** –promovendo o conhecimento da pessoa e uma atitude reflexiva- no estudante de medicina.
3. Estudar as possíveis **metodologias a serem empregadas** na utilização do cinema como recurso educacional.
4. Apontar possíveis caminhos para a **incorporação deste recurso de forma sistemática e institucional** nas escolas médicas.

^(*)Entendemos por cinema o conjunto de produções cinematográficas, filmes comerciais, que são do conhecimento do público e estão ao alcance do cidadão comum. Estes filmes são de temática variada, a maioria alheios ao contexto médico, e desprovidos em si de qualquer finalidade didática. São, enfim, os filmes que as pessoas vêem no cinema ou no seu domicílio. São os filmes de Hollywood, do Oscar, dos festivais europeus, do emergente cinema asiático: o cinema como sétima arte.

Metodologia

4. METODOLOGIA

O âmbito da pesquisa situa-se diante das vivências do aluno ao deparar-se com o cinema no espaço educacional, provocada por uma metodologia que se descreve a seguir. A metodologia compreende formas diferentes de exposição do aluno -poderia dizer-se, usando uma linguagem epidemiológica-, que têm como ponto comum o encontro com filmes de temática diversa, em circunstâncias e contextos também variados.

As experiências que foram realizadas, num período de 3 anos, podem ser descritas do seguinte modo:

4.1 Grupos de trabalho: Recursos Humanísticos na Educação Médica. (1999)

Em 1999, foi desenvolvido um **projeto inicial** junto com a SOBRAMA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família tendo sido convidados a tomar parte nele, alunos do 1^o ao 5^o ano de várias Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo, (UNISA, USP, UNIFESP, FMJUNDIAI, PUC-Sorocaba). Resultou um grupo de 22 alunos interessados.

Seguindo experiências da literatura (CALMAN et al, 1988; DOWNIE et al, 1997) dividimos os alunos em quatro áreas de pesquisa assim intituladas: a) A figura do médico b) As doenças, limitações e loucuras c) O paciente e o sofrimento

humano d) Ética e relacionamento humano. Foram selecionados uma série de filmes agrupados nesses mesmos assuntos conforme a relação que consta na *Tabela 1*.

Como orientação explicativa dos objetivos do projeto foi distribuído no início um roteiro aos alunos participantes (*Tabela 2*) para que tomassem conhecimento do equacionamento da pesquisa, com a indicação de o lerem no início sem depois se prenderem às questões enquanto assistiam aos filmes. Tentamos deste modo preservar a espontaneidade das experiências vividas, por ser o principal elemento para a pesquisa. Os alunos assistiram aos filmes individualmente e posteriormente foram realizadas duas reuniões gerais de discussão, com a participação de 8 alunos, onde o pesquisador atuou como observador-participante. As reuniões foram gravadas e registradas também com anotações de campo.

Um primeiro registro desta experiência inicial com o cinema e o estudante de Medicina, que trazia anexa a utilização da literatura como recurso educacional, foi publicada recentemente. (BLASCO, 2001)

Tabela 1

**Projeto: Recursos Humanísticos na Educação Médica
(1999)**

Grupos de Trabalho e Lista de filmes ¹

Grupo A: “A Figura do Médico”

- Um golpe do destino (*The Doctor*)
- O príncipe das mares (*Prince of tides*)
- Melhor é impossível (*As good as it gets*)
- Patch Adams- O amor é contagioso. (*Patch Adams*)

Grupo B : “Doenças, Limitações e Loucuras”

- O homem sem face (*Man without a face*)
- Tudo pela vida (*Passion Fish*)
- O oitavo dia (*Le huitième jour*)
- Ratos e homens (*Of mice and men*)
- Tempo de despertar (*Awakenings*)
- Mr. Jones (*Mr. Jones*)
- Rain Man (*Rain Man*)

Grupo C : “O paciente e sofrimento humano”

- Minha vida (*My life*)
- Terra da sombras (*Shadowlands*)
- Meu pé esquerdo (*My left foot*)
- O óleo de Lorenzo (*Lorenzo’s Oil*)
- The Spitfire Grill- O recomeço (*The Spitfire Grill*)
- As filhas de Marvin (*Marvin’s Room*)
- Instinto (*Instinct*)

Grupo D; “Ética e o relacionamento humano”

- Tempos modernos (*Modern Times*)
- O homem que não vendeu a sua alma (*A man for all seasons*)
- Um sonho de liberdade (*The Shawshank Redemption*)
- Adorável professor (*Mr. Holland’s Opus*)
- Sua majestade, Mrs. Brown .(*Her Majesty, Mrs. Brown*)
- Os últimos passos de um homem (*Dead Man Walking*)
- Sociedade dos poetas mortos (*Dead Poet Society*)
- O espelho tem duas faces (*The mirror has two faces*)
- Gênio indomável (*Good Will Hunting*)
- Segredos e mentiras (*Secrets and Lies*)
- O resgate do Soldado Ryan (*Saving Private Ryan*)

¹ Os títulos originais dos filmes constam em itálico.

Tabela 2

**Projeto: Recursos Humanísticos na Educação Médica
(1999)**

Instruções gerais

- Leia o questionário anexo uma vez, de corrida. Guarde-o e não o consulte mais até acabar de ler o livro ou ver o filme.
- Basta ler as questões, para tomar conhecimento do projeto. Não se preocupe com guardá-las nem com memorizá-las. Preserve a espontaneidade sem se ater a regras, ou pensando que é uma tarefa a cumprir.
- Dedique um tempo, se possível diário, à leitura. Evite mutirões. Deixe espaço para ler com calma, e não se poupe à reflexão quando a leitura do livro a solicitar.
- Anote as passagens do livro -basta anotar o número da página e fazer um sinal na margem do livro- que lhe chamaram a atenção (mesmo que não saiba dizer por quê).
- Guarde, igualmente, as cenas -ou diálogos, ou tomadas de câmara, ou circunstâncias quaisquer- do filme que despertaram seu interesse. Isso facilitará a localização posterior quando você mesmo, relendo este questionário no fim, analisar suas próprias experiências e as discutir no grupo de trabalho.
- **Isto não é uma prova de conhecimentos mas uma análise de vivências experienciadas que devem surgir naturalmente para a validade do estudo.**

Questionário

Roteiro para reflexão individual e discussão em grupo

1. Por que estou inserido neste programa? Qual foi o interesse que me fez participar?
2. O tempo dedicado à leitura do livro ou a ver o filme o considero importante, ou “concorre” com outras prioridades imediatas (tempo de estudo, descanso, preparação de provas e trabalhos)?
3. Qual é o significado geral -sintético- do livro que li? E do filme? Tem importância para mim? Qual? Por quê?
4. Que atitudes -das personagens, situações ou descrições- me surpreenderam?
5. Encontrei modos de dizer ou recursos para exprimir realidades que não sabia explicar antes?
6. Encontrei atitudes que despertaram inveja? Alguma que reputo como modelo de vida?
7. São também úteis como modelo médico? São aplicáveis à atuação de um médico? Por que?
8. E as atitudes que me desafiam, das quais não me sinto capaz? O que me falta?
9. As circunstâncias e atitudes expostas me fizeram lembrar de alguém que me é próximo: familiar, amigo, colega, conhecido? Por que?
10. Teve alguma utilidade a leitura desse livro ou ver esse filme para a minha futura profissão de médico? Qual?
11. No dia a dia lembrei-me de passagens lidas ou cenas vistas enquanto desempenhava as atividades quotidianas? Se assim foi o que motivou essa evocação?
12. Senti interesse por ler outras obras, ver outros filmes após participar neste projeto? Por que motivo?
13. Que outros filmes e livros recomendaria para incluir no projeto?

4.2 Projeção comentada de vídeos editados seguida de discussão. (1999-2001)

Ao longo de **1999, 2000 e 2001** realizou-se **projeção de trechos de filmes** ordenados segundo uma temática, para grupos de alunos de várias escolas médicas, com ocasião de Jornadas e Reuniões científicas ordinárias, incluídas as realizadas na Associação Paulista de Medicina, através do Comitê Multidisciplinar de Medicina de Família. Também por ocasião dos Congressos Acadêmicos organizados pela SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Família (IV Congresso, Maio 2000; V Congresso, Junho 2001) realizaram-se estas projeções. Somaram um total de 8 reuniões de projeção, com uma participação de 150 alunos diferentes. Estas projeções obedeceram a uma **dupla metodologia**, sendo a primeira uma **simples projeção seguida de discussão**, e a segunda uma **projeção com comentários simultâneos do pesquisador, também seguida de discussão**. O roteiro dos trechos de filmes empregados, assim como as temáticas utilizadas podem ser encontrados nos *Roteiro 1* e *Roteiro 2*, que constam a seguir.

As **discussões entre os grupos de participantes** obedeceram também a **metodologia variada**. Em alguns casos foram reuniões de caráter informal, enquanto em outros foi estabelecido um espaço concreto, posterior à projeção; e em um caso foi dirigida por alunos que já tinham participado de experiências similares anteriormente, orientados por um questionário elaborado pelo pesquisador (*Tabela 3*) Todas as reuniões de discussão foram acompanhadas pelo pesquisador no papel de **observador-participante**. As perguntas feitas ao grupo foram sempre de perfil aberto, respeitando-se as manifestações espontâneas dos assistentes. As discussões foram gravadas em fita, e documentadas com anotações de campo.

Roteiro 1
“Aprendendo com o cinema”
Roteiro de filmes e comentários²
São Paulo, 2000

Patch Adams- O amor é contagioso. (*Patch Adams*)

Por que fazemos Medicina?: é a pergunta crucial a que não temos tempo de responder. Todos, professores e alunos, andamos muito ocupados com o programa, para distrair-nos com perguntas....intranscendentes. São estas perguntas as que mantêm o ideal, pois foi o que nos levou até a faculdade. Não responder a isto é uma bomba relógio.

Tucker- Um homem e seu sonho (*Tucker*)

Somos projeto, somos entusiasmo, por que o que conta não é o resultado imediato, mas o ideal, o sonho.

O Show de Truman (*The Truman Show*)

Ideal que às vezes enfrente o sistema e fraqueja, contra as tempestades É preciso amarrar-se ao barco, fazer do ideal a própria vida, condição de sobrevivência, E uma vez calmo, não contentar-se com salvar a pele: levantar a bandeira, a vela, para que o ideal brilhe de novo para os outros.

² Os possíveis comentários que podem ser inseridos no decorrer da projeção, constam em *Itálico*

Instinto (*Instinct*)

Decepções não faltarão: é o que mais dói, perder o entusiasmo. O que nos é tirado no dia a dia e nos deixa confusos: não é o cansaço, nem a sensação de impotência, nem a liberdade de não ter uma vida confortável. São as ilusões machucadas. É preciso ampliar o campo de ação

Encontro Marcado (*Meet Black Joe*)**O príncipe das mares (*Prince of tides*)****Em nome do pai (*In the name of the father*)**

Conhecer o ser humano como ele é. Acolher o seu sofrimento Sua violência que dominamos com teimosa compreensão

Eternamente Jovem (*Forever young*)**Minha vida (*My life*)****Meu pé esquerdo (*My left foot*)**

Entendendo a dor do paciente, da família, do amor que está envolvido em todo o processo Respeitando a esperança que o paciente exige de nós e que devemos dar. Valorizando o esforço da sua limitação, esforçando-se por entender o paciente , pois isto nos torna de algum modo divinos: a compreensão que o criador tem da criatura.

Um amor verdadeiro (*My one true thing*)

O doente que se confia a nós, que conhece o que é ser humano que sabe mais do que nós, porque o sofrimento o torna especialmente sábio, com a

sabedoria que provém da dor. O doente que nada tem de romântico, mas é prosaico, cheira mal, incomoda, mas é uma lição de vida para cada um de nós.

Amistad (*Amistad*)

Saber maravilhar-se com o nascimento de cada ser humano, que é único e irrepetível, sem esquecer o mais importante: o espírito, a alma. Um ser humano que nasce sempre livre, sem correntes, mesmo numa condição degradante. Somos seres privilegiados que contemplamos biografias.

Frankenstein (*Mary Shelley's Frankenstein*)

As filhas de Marvin (*Marvin's Room*)

A Medicina é para o paciente, não para o médico se divertir. Medir a consequência das nossas ações, do nosso exemplo. As perguntas do doente, a que devemos responder. Quem é o mau? Mas somos humanos. Às vezes pensamos que perdemos a vida porque tendemos para o egoísmo. É preciso fazer a descoberta de que temos um grande privilégio: poder dar amor. Isso é o que nos torna felizes; o amor que podemos dar, a capacidade de dar amor. É muito pouco o que o paciente precisa para ser feliz, mas é necessário doação. Nessa doação conseguiremos reconquistar os que se afastaram.

Nas profundezas do mar sem fim (*The deep end of the ocean*)

Querer o bem do paciente Tentar entender o que o ser humano quer que é algo além dos nossos gostos ou caprichos. Será que conhecemos as pessoas com as quais lidamos, será que conhecemos a nós mesmos, e que somos capazes de avaliar-nos. E, naturalmente, quando amamos de verdade, sabemos estar desprendidos das pessoas, sem usá-las, mesmo que isso doa.

Segredos e Mentiras (*Secret and Lies*)**Lado a lado (*Stepmom*)**

Isto exige compromisso de vida, ser coerente, falar as verdades sem por as culpas nos outros, no sistema, no mal exemplo pois cada um é responsável do seu destino.

Lances Inocentes- Buscando a Bobby Fisher (*Searching for Bobby Fisher*)**Terra das Sombras (*Shadowlands*)**

Virtudes: grandeza de alma, como este jogador de xadrez que oferece um empate com a partida ganha Daí arranca uma verdadeira liderança que não conhece fronteiras de raça ou de cor. Saber conviver e amar a dor que é parte da felicidade, que caminha junto com ela. E liderança que é independência, que nos protege das adversidades e conserva a nossa esperança.

Casablanca (*Casablanca*)**Vem dançar comigo (*Strictly Ballroom*)**

Exige coragem e saber reconhecer que nem sempre sabemos o que é certo O amigo, a pessoa que nos ama e nos guia para aquilo que custa, mas que constrói em nós uma personalidade forte, mantém o ideal. Coragem para dar chance aos outros. Viver com medo é como viver pela metade.

Adorável professor (*Mr. Holland's Opus*)

Aceitar desafios, como o músico que tem de compor para o filho surdo e tentar entendê-lo, e saber que a vida é o que nos acontece enquanto fazemos

planos, sabendo que a recompensa vem na formação das pessoas, no que deixamos atrás de nós

O oitavo dia (Le huitième jour)

O carteiro e o poeta (Il postino)

Perfume de Mulher (Scent of a Woman)

Seven- Os sete crimes capitais (Seven)

Não se assustar quando nos sentimos incompreendidos, saber tirar poesia do rotina diária e ajudar os que estão à nossa volta com a força da nossa amizade, uma amizade que pode ser redentora e aproveita o que de melhor eles têm. Sem nunca acostumar-se com o erro nem pactuar com ele, simplesmente porque é comum, porque todos fazem.

A vida é bela (La vita é bella)

Deste modo, saberemos traduzir em conforto a dor dos nossos pacientes dando o melhor de nós.

Tempos de Glória (Glory)

Agradecemos o privilégio de gastar nossa vidas por esta causa em verdadeira liderança. Lições de liderança que é confiar nos outros, respeitar a sua liberdade solidariedade na dificuldade para poder contar com eles no privilégio de gastar-se e dar a vida . Serão altas as baixas no regimento líder, como agora, quando estamos começando, e abrindo caminho entre as dificuldades.

Patch Adams- O amor é contagioso. (*Patch Adams*)

Transportando isto para o modelo médico onde às vezes surge o desânimo. “Eu ensinei a ela a medicina que a matou” Será que existe outro tipo de medicina, isento, sem risco nenhum? Uma medicina não comprometida com a própria vida?

O resgate do Soldado Ryan (*Saving Private Ryan*)

Tudo isto é o que se espera de nós, o que têm direito de esperar, pois é muito o que nos é dado, e grande o investimento que realizam em nós. Uma análise que devemos fazer diariamente, se a nossa vida corresponde ao investimento que fizeram em nós. E poder com honra, todos os dias até o fim da nossa vida, bater a continência aqueles que nos ensinaram. Saber que estamos “fazendo por merecer”.

O colecionador de Ossos (*The bone collector*)

E que podem contar conosco: que somos motivo de ânimo para os outros. “Não desistas, ainda tens amigos”.

Roteiro 2**“Aprendendo Medicina através do cinema”****Roteiro de filmes e comentários³****São Paulo, 2001****A Medicina, uma arte****The Spitfire Grill- O recomeço (*The Spitfire Grill*)**

A Medicina é um bálsamo para curar feridas. Mas isto somente é possível se encaramos a Medicina como um verdadeiro estilo de vida, algo que nos cerca, que nos envolve; não é uma profissão asséptica, descompromissada, isenta de riscos. O medo de exercer a Medicina é sempre o medo do desconhecido, do que podemos encontrar diante de nós, de não estarmos suficientemente preparados. É o momento de ter em mente o que “arte médica significa”. Arte é criação pessoal, doação, movimento onde a pessoa se doa e cristaliza na obra de verdadeira arte. Por isso arte e amor pessoal caminham juntas. A arte é expressão da pessoa. Os pacientes que nos procuram exigem de nós respostas como pessoas, algo mais do que simples treino ou habilidade. Quando se trata de acolher a dor, e o sofrimento que acompanham a doença, não é suficiente a técnica; requer-se a presença da pessoa como tal, uma presença criativa, em comunicação de amor. Requer-se por tanto arte. Arte é para a medicina, não um luxo, uma filigrana, mas uma questão de sobrevivência, de manter a sua essência genuína.

³ Os possíveis comentários que podem ser inseridos no decorrer da projeção, constam em *Itálico*

A vocação médica: um dom?

Guerra nas Estrelas. Episódio 1: A ameaça fantasma (*Star War. Episode I: The Phanto Menace*)

Um dom? O médico nasce ou se faz?. Existe esse dom? Existe sim desejo de cuidar, de atender os outros. Esse sonho está de algum modo em todos os que querem ser médicos, sabendo o que é ser médico. Mas o desejo tem de ser por sua vez cuidado, treinado, nutrido, No tempo certo, desde o início, como um embrião frágil que espera o tempo certo para seu desenvolvimento

Os encontros não são simples coincidência. E a vida é dura. Sempre quis isto.....Sempre quis, mas não sei bem em que consiste. O entusiasmo inicial de todos que deve ser guiado.

O colecionador de ossos (*The bone colector*)

Quando nos põem diante das realidades, do caminho que temos de percorrer, surge de novo o medo, os “motivos pessoais”, diante do que todos recuam. O que tem a ver você com a minha vida. Medicina de família, tratar bem o paciente, tudo bem; mas daí a entrar na minha vida: o que tem isso a ver? É o único modo de formar. Não se pode ser médico, nem tomar esta decisão, sem abordar este ponto. O destino nós o fazemos, Construção em cima do dom, do desejo inicial de cuidar.

Máfia no divã (*Analyze this*)

O paciente tem muitos modos de falar. O direto costuma ser o menos claro. Ler nas entrelinhas, é arte. Mas arte é também o passo seguinte: Vou arriscar o meu pescoço. Sempre a criação, que é arte, mas supõe risco. Arte sem

risco, não existe. E são outros paradigmas, numa adaptação contínua, numa compreensão verdadeira do contexto do paciente, deste paciente.

Guerra nas Estrelas. Episódio 1: A ameaça fantasma (*Star War. Episode I: The Phanto Menace*)

Entramos na faculdade de medicina. O medo surge, e o medo é sempre um aviso para saber como nos temos que conduzir com quem tem esse dom . Alguém tem que fazer questão de cuidar, desde o início. O que acontece quando chegamos tarde, quando apagamos incêndios.

As decepções e as dúvidas do futuro médico

Lances Inocentes- Buscando a Bobby Fisher (*Searching for Bobby Fisher*)

Qual é a verdadeira questão? Como é possível não saber esse diagnóstico, não fazer essa evolução na hora, errar a terapêutica. E o doente pergunta: mas por que você está longe de mim? E o aluno pergunta: mas por que estás longe de mim?

O colecionador de ossos (*The bone collector*)

E quando descobrimos as falhas e defeitos dos que nos educam? E quando questionamos? Também o processo de aprendizado tem de ser de mão dupla, onde o educador, o modelo aprende das exigências do aprendiz. Para isso tem de haver um ambiente aberto, onde as coisas possam ser faladas sem medo, sem tapumes.

Guerra nas Estrelas. Episódio 1: A ameaça fantasma (*Star War. Episode I: The Phanto Menace*)

Este é o grande risco, Treinar alguém tarde demais, treiná-lo indevidamente, resultará num treino técnico formidável, surpreendente, avassalador, mas ao serviço de algo que não é medicina. Quando chegamos tarde, quando não educamos convenientemente, o resultado é um Jedi que serve o lado negro da força.

Um novo paradigma de educação

Lances Inocentes- Buscando a Bobby Fisher (*Searching for Bobby Fisher*)

É o que acontece muitas vezes. Tropeçamos nas peças, nos caminhos habituais que nos são mostrados e não visualizamos a verdadeira jogada, o conjunto do problema, afinal, o paciente que espera por uma atitude nossa. Alguém tem que derrubar as peças, sair do convencional, se o convencional não está funcionando. Mas não é só a genialidade, o diferente. É preciso caminho, estudo, sistemático. Ganhar pontos, melhorar, estudar, e sobre tudo merecer, ponto a ponto. Fazer por merecer.

As dificuldades surgem

Sua majestade, Mrs. Brown .(*Her Majesty, Mrs. Brown*)

É fácil desistir quando vêm as dificuldades. Mas e as pessoas que esperam e apostam em nós, temos isso em conta na hora de decidir o que será nossa vida? As dificuldades são sempre pessoais nunca do entorno, quando colocamos o problema na sua verdadeira dimensão. E se resolvem quando se toma consciência de missão. Qual é o motivo de você fazer isto? Somente pela medicina, pelos

pacientes? Você não tem ambição? Saber reconciliar-se com os seus limites. E como fica você? E a sua vida? Minha vida é isto. As pessoas não enxergam, se perdem em discussões, mexericos, invejas, competição, sem lealdade, sem amor. Um ideal muito pequeno que esquece a promessa feita.

A lenda do pianista do mar (*La leggenda del pianista sull'oceano*)

Tire as travas do piano. Entre comigo, agora ou nunca. Mas isso é arriscado. Cortar as travas. Comprar a idéia é o único modo de viver, de identificar-se, de potenciar o dom que se tem. E quem arrisca sabe que é fantástico e não se trocaria por ninguém. Comenta Ortega y Gasset que pouco se pode esperar de quem somente se esforça quando tem a certeza do êxito. Quem entra na luta deve estar disposto a tudo; disposto ao fracasso e à derrota que são, tanto como a vitória, as caras da vida que vivemos. O excesso de segurança desmoraliza os homens e talvez uma das doenças do nosso tempo seja que os homens se encontram na vida seguro de coisas demais.

O céu de Outubro (*October Sky*)

Mais dificuldades que vem do ambiente, dos amigos, da família, da nossa realidade como pessoas. Vamos pelo seguro, não se arrisque tanto. Como hobby tudo bem, mas fazer disso a sua vida não é seguro. Não, é a minha vida não a sua. E quando passa o tempo, se reconhece nas raízes a verdadeira força para tocar tudo isso. Ninguém está aqui de graça. Esse desejo foi nutrido desde a infância, desde o início, mesmo que aqueles que o nutriram depois não o reconheçam. A nobreza de saber reconquistar aqueles que colocaram isso em nós. Quem são nossos modelos reais? Um líder, que sabe reconhecer suas raízes, e dedica a conquista a quem o formou. Enfrentar, brigar é fácil, mas não é próprio de um líder, que arrasta e não desiste de ninguém, e congrega todos em concórdia para o sucesso que deve ser de todos.

O 13 guerreiro (*The thirteenth warrior*)

Reconhecer as raízes, os motivos que nos fazem lutar,. Sentir-nos unidos numa mesma missão, esse é o nosso privilégio e o lugar de onde arranca nossa força, porque nos convidam a combater com eles. Um verdadeiro privilégio.

A Lista de Schindler (*Schindler's List*)

Eu poderia Ter salvado mais, muitos mais....E o líder nunca se acomoda, sempre pensa que pode fazer mais, não por um motivo de ser “politicamente correto”, por ficar bem, mas por verdadeiro desejo do seu coração. Algo que se carrega dentro.

Estamos prontos para ouvir as histórias dos nosso paciente.? Para acolher?

The Spitfire Grill- O recomeço (*The Spitfire Grill*)

O que importa é o que o paciente conta, como o conta, no tempo real dele, e não se encaixa nos nossos esquemas. A Medicina nos ensina continuamente se estamos com os ouvidos e, sobretudo, com o coração aberto e dispostos a ouvir. O paciente sabe perceber isso, conhece com quem pode se abrir, quem está disposto a ouvir. E conta detalhes que podem parecer sem importância, mas que para ele fazem sentidos. Todo paciente pode ser “my most meaningful patient”, se nos colocamos em disposição de ouvir.

As histórias que nos fazem crescer

Ratos e homens (*Of mice and men*)

Contando histórias, as histórias de sempre, nos encontramos a nós mesmos. Sabemos que podemos partilhar isso com alguém. Vem aí o cuidado que devemos ter uns dos outros. Mas para que contar isto? Vocês já sabem... Pensaremos isso no futuro e mesmo agora, quando estamos ensinando, quando queremos mostrar a vida tal como ela é... Mas não é igual, é diferente quando você a conta..... O valor da história.

Hurricane (*Hurricane*)

Você transcende, encontra todos essas pessoas.... E aprender a transcender os lugares que nos cercam. Não é fugir, nem viver num fazer de conta, é atingir uma perspectiva que a maioria não chega a ver. Temos que escrever, aprender a escrever, a relatar as coisas, porque isso é mágico, e nos dá altura. As coisas no papel, os sentimentos sentidos, sem mais, são fugazes, transitórios, e até egoístas porque não se podem partilhar com os outros. Escrever. Refletir sobre o que se escreve

O homem bicentenário (*Bicentennial Man*)

As humanidades nos liberam, nos fazem sentir livres. Como um sonho de liberdade. Todos nos sentimos livres, diferentes, puxando de nós o que de melhor temos dentro, potencialidades que estão latentes, e que se não educadas, se atrofiam. “Você colocou a ideia de liberdade quando deu livros para ele”. E como crescemos, e conhecemos a complexidade da vida, podemos nos aproximar do ser humano que não é um caso, uma doença, mas algo complexo, ou talvez, de uma riqueza insondável, cuja leitura não é possível decifrar sem estas armas.

A lenda do pianista do mar (*La leggenda del pianista sull'oceano*)

O fascínio do criador, do artista, que sabe improvisar diante das novas situação. Medicina de família é uma constante surpresa: você nunca sabe o que vai entrar pela porta, e tem que responder necessariamente de modo criativo. Somente é possível se você se centra na pessoa, no seu todo, se não perde a perspectiva. Medicina centrada no paciente não é um luxo, como a mesma arte médica, mas o caminho real –que deve ser aprendido, mostrado, na prática- para chegar às soluções que o paciente requer de nós.

“As teclas são finitas, mas você é infinito e a música também”. São os recursos que você tira de você mesmo, o que deve ser infinito, e não perder-se em milhões de possibilidades.

Com recursos finitos, como as 88 teclas, você consegue criar inúmeras respostas, tantas como pacientes e pessoas que são diferentes. Não adianta sonhar com recursos infinitos, colocar as culpas no sistema que não se adapta, isso é fugir da questão. O que tenho é isto, um teclado com 88 teclas, e daqui tenho que tirar o melhor de mim, em qualquer circunstância, sem empurrar o problema para as estruturas, chamem-se elas faculdades, escolas, hospitais universitários, ou recursos diagnósticos.

De novo o estímulo, a tutoria, o cultivador de pessoas**Música do coração (*Music from the heart*)**

O importante é equilibrar-se por dentro. Não pode desistir de algo porque é difícil. Mas no meu caso eu não consigo...A resposta certa para a pessoa certa. O médico de família, um educador. Entende o paciente, é capaz de entender o aluno, e ajudá-lo com a resposta certa. Os antigos alunos. Isto é também Medicina de Família. Aluno ensinando aluno, ajudando, compreendendo,

apoiando. Toquem com o coração, sempre. Com o coração. Há que dar condições de tocar com o coração, sempre, para dar o melhor de si.

Os últimos passos de um homem (*Dead Man Walking*)

Os caminhos para intimidade. O paciente que quer impor o seu jeito, o seu modo de sempre. Não se assusta, responde na linguagem dele. Esta intimidade é clara na Medicina; sem ela nada pode ser feito,. Mas é o médico que deve conduzir com o coração e o exemplo todo o processo. Ela não toca nele durante todo o filme, e o conduz ao arrependimento, a reconhecer o erro, de modo suave, em verdadeiro caminho de mestre, falando duro, mas com amor. Nunca amei ninguém, nem fui amado, Tive de morrer para encontrar o amor. Não é pouca coisa a missão do médico neste momento. “Quero que o último que veja seja um rosto de amor” Ser rostos de amor. Estar lá. Isso é o “não há nada a fazer” de que a maioria fala nessas circunstâncias. Será pouco estar lá e ser um rosto de amor?

O cadete Winslow (*The Winslow boy*)

A verdade antes de nada. Confiança, franqueza, lealdade, deixar-se ajudar. A verdade sempre aparece. Lógica e reflexão, sobre as emoções Não são dois campos brigados. Ortega y Gasset comenta num ensaio sobre o papel da universidade, que a paixão, a emoção é responsável pela criação contínua na história. Mas a emoção verdadeira, fria, aquela que não teme ser submetida ao frio da reflexão e do cumprimento do dever. Uma emoção que foge da reflexão é porque é superficial e teme esfriar-se quando se pensa nela. A verdadeira emoção –diz Ortega- contém tantas calorias que convive com a reflexão, e dela se enriquece, sem se esfriar. Daí pode ser criativa, forte, verdadeiro impulso.

Mulheres na Medicina

“In the near future, Family Medicine will be female” disse o Presidente da Wonca –World Organization of Family Doctors- no último Congresso Mundial em África do Sul, no passado mês de Maio. Como é essa Family Medicine almost female, onde as mulheres tem um papel necessário, primordial, como médicas, como mulheres, como líderes.

Erin Brockovich (*Erin Brockovich*)

Terei de sobreviver a você também? . Não entrar na conversa de sempre.

O Julgamento de Nuremberg.

“Será que os teus ideais são menores que os de Goering? Quem sabe a missão de lembrar o óbvio, e a força dos seus ideais. “Os amigos são a nossa memória , a melhor versão da nossa vida”. Quem sabe poderíamos assinar esta função às mulheres no universo atual da Medicina de Família.

O Patriota (*The Patriot*)

Não são novidades, nem discursos espetaculares. Apenas a verdade, a clareza, simples, direta, lembrar o que eles mesmos falaram antes. Nossa melhor memória. Memória dos valores, um antídoto para esse homem, esse ser humano, que é um animal que esquece , não os detalhes, mas o básico

Entre o inferno e o profundo mar azul (*Between the devil and the blue sea. Li*)

Os detalhes na boca de uma menina. “Por que você cuida de todos, incluído de mim? Não é isso que importa na vida”

Lado a lado (*Stepmom*)

Com classe, passando o bastão, num realismo mágico, singular, que sabe fazer até da dor e da tragédia, aventura do cotidiano, um costume doméstico, como diz Ortega no seu estúdio sobre o amor. E reclamam quando as coisas não são claras, independente da idade. E essa franqueza nos conduz a outro ponto que a arte médica requer de modo indispensável. É você que foge dela

Reflexão Contínua sobre o nosso atuar. Filmes que nos ajudam a refletir

Beleza Americana (*American Beauty*)

“Toda a beleza que existia na minha estúpida vida vazia” Embora as vezes é um pouco tarde!!! Vocês não devem fazer idéia do que estou falando; não faz mal: algum dia entenderão.

Segredos e Mentiras (*Secret and Lies*)

Nunca estive com um preto. Reflexão, não reparamos o que fazemos!!!! As surpresas da reflexão, aqui exagerada talvez, mas para vermos como se reflete pouco sobre o que se faz. Porque não dividimos o que sofremos? E a verdade é às vezes dura. Não há como fugir dela. Podemos esquece-la por instantes, mas com o passar do tempo cresce, se converte em monstro que nos cerca. Não é possível, passar a vida agradando as pessoas, e quem está a minha volta se odeia, vive-se num fazer de conta. Porque não falar. Preparar-se para a verdade. Reflexão, humildade, condições para o verdadeiro crescimento.

O homem bicentenário (Bicentennial Man)

“Tem sentimentos e isso o torna singular” Mas o paciente não se comporta normalmente, tem sentimentos. Sem problema quando se procura ao mesmo tempo resolver a própria reflexão. O que bloqueia o relacionamento não é não reparar, mas sim calejar-se na base de não refletir. Ninguém dá o que não tem –diz um velho princípio filosófico. Naturalmente ninguém vai entender esta dedicação, e podem pensar que até é perda de tempo, um problema técnico. “Não basta com dizer eu amo meus doentes, cito William Osler, e por isso sou humanista”. Somente é humanista quem não tem medo, e conquista o hábito de uma reflexão continuada sobre a sua atuação, aponta os erros, não tropeça nos elogios, e procura, diariamente corrigi-los, com a ajuda de outros. “É crueldade não poder chorar, não poder exprimir toda essa dor” Sem medo dos sentimentos, trabalhados pela reflexão

Feitiço do tempo (Groundhog Day)

O tempo funciona quando o investimos nos demais. O tempo rende quando se dedica para os outros. Há quem engasga no tempo, nos “problemas pessoais”, porque não descobriu –talvez ninguém lhe falou- ou não quer trilhar o caminho de melhor investimento do tempo: a dedicação aos demais. Dai que os filmes produzidos em série ultimamente, são como um “reaprender a olhar para a própria vida, como um convite à reflexão sobre o que vivemos. Mesmo que tenha que ser fantasiado como se vivêssemos duas vezes, ou duas vidas simultâneas. Existe uma verdadeira desnutrição, crônica, progressiva, de falta de reflexão. Sem isso não ha medicina. A Medicina de Família não reclama a exclusividade de ser reflexiva nos seus métodos, mas tem a coragem de afirmá-lo abertamente, e de incorporar esta reflexão no seu processo de formação continuada.

O sexto sentido (*The sixth sense*)

Não lembra dos seus pacientes. “Vejo mortos que não sabem que estão mortos”. Mortos que não sabem que estão mortos, Pessoas que não refletem e vivem bem, porque talvez nunca aprenderam a refletir, ou esqueceram de como se faz. “Se não acredita em mim como pode me ajuda?”

Um homem de família (*Family Man*)

Eu escolhi nós. Se pudéssemos escolher várias vezes. Isso se consegue quando refletimos Conselho do amigo: como podes mudar se não sabes quem es? As vezes basta que algum amigo nos diga: não estrague o melhor que você tem somente porque você não sabe quem você é. Como consegues fazer isto, tratar-me como se fosse a primeira vez? Como podemos estrear a vida todos os dias, na rotina, como se fosse a primeira vez. Uma vantagem de ser reflexivo. “Sem pensar nisso, perco o que de melhor tenho na vida” Agora o feitiço se vira contra o feiticeiro, e ensinamos a outros a refletir.

Instinto (*Instinct*)

Monólogo final. Lições do silêncio, da simples presença que construiu um homem reflexivo e isso não tem mais volta. É o preço. Até “olhe para mim”. E agora que somos reflexivos é difícil –impossível- voltar para o de antes. É como fazer de conta que acreditamos de novo em Papai Noel. E o entorno, se enfrenta mais conosco, e não temos mais volta a não ser esse caminho começado. Você me ensinou a viver fora disso, e agora o duro é que vou ter que voltar, a enquadrar-me no sistema.

O Gladiador (*Gladiator*)

“Seus defeitos como filho são minhas deficiências como pai” Algo que se pode admitir quando se adquire o hábito de refletir. Algo que todo educador –seja professor, aluno- deve reconhecer. As falhas dos que vêm atrás são nossas deficiências. Um recado que temos de ter presente. “Ganhe a multidão e ganhará a sua liberdade” Eu não era o melhor por saber mais, por ser o mais atualizado mas porque ganhei o paciente, porque consegui me entender com ele. “Venha o que vier juntos sobreviveremos”. Trabalho em conjunto. Assim se serve a uma causa, não é possível opor-se a nós, pois servimos a essa causa. “Tem um grande nome. Terá que matar o nome antes de matar você.”

Buena Vista Social Club

Quero ter o sexto filho Planos que se fazem independente da idade. O valor e a vitalidade vem desse nome, dessa idéia, das coisas que são clássicas –como esta música- porque são do homem, do ser humano, que fazemos questão de ser. Cantando os velhos, fazendo planos, a velhice que se impõe, com naturalidade.

O Patriota (*The Patriot*)

A Bandeira que carrega, empolga os homens. Chegamos as dificuldades, aquelas que parece não são superáveis. É aí que entra o entusiasmo temperado pela reflexão, como dizia Ortega, o que é real e criativo. Não é o que sinto, que no momento é somente dor, o coração despedaçado, mas a consciência do dever, saber que sou importante para os outros. E mesmo que pareça impossível, que seja atrair o nosso coração, o hábito de reflexão, do convívio com a verdade, nos faz tomar a decisão certa. Desse ponto é que pode começar a emergir um líder.

Carruagens de fogo (*Chariots of fire*)

Qual é a força que lhes faz correr? De onde lhes vem a força que lhes faz correr. Da transcendência, que o entusiasmo, a reflexão e a vontade, o coração temperado e educado, que lhes faz continuar. Algo muito grande que nos ultrapassa.

O Patriota (*The Patriot*)

Cena final: quando recuam e ele carrega a bandeira. Somente assim se pode carregar a bandeira

Carruagens de fogo (*Chariots of fire*)

Cena inicial: para honrar aqueles homens com esperança nas almas e asas nos pés. Música tema como final do filme.

Tabela 3

Possível Roteiro de Questões para a Discussão
“Aprendendo através do cinema”

1. Instruções para os monitores

Muito importante: trata-se de ouvir as opiniões espontâneas dos participantes, sem induzir respostas. Sabendo ser facilitadores, puxando da língua, deixando a vontade para que opinem com franqueza e façam as críticas –ao sistemas, aos filmes, ao professor- que considerem pertinentes. Todos tem que falar, atenção aos mais tímidos, aos monopolizadores. A grande pergunta sempre é: Como assim? Porque você diz isso? Explique melhor? E então? Por que é importante? O que queres dizer com isso? SEM APONTAR SOLUÇÕES.

Convém gravar a discussão com um gravador. Ligue e deixe correr

2. Algumas perguntas “start” para a discussão

1. O que acharam do filme? Foi surpresa?
2. O que tem isso a ver com Medicina? Por que?
3. E o sistema de apresentação, com comentários? Não seria melhor deixar correr o filme?
4. Dificuldades para entender?
5. Por que esses filme?
6. Fica faltando algo: comentário, filme, discussão?
7. E o tempo? Muito, pouco, cansativo, quero mais???
8. E o lugar? Muita gente, está bom?
9. O que você aprendeu?
10. Pensava aprender isso?
11. Sabe como trabalhar o que aprendeu, como dar continuidade?
12. O que você faria agora, depois disso? Qual a necessidade que você sente?
13. Isso pode ser aplicado na faculdade? Por que? Para que? Em que momento?
14. E quem seria o professor?
15. Você é capaz de fazer isso? Poderia aprender? Gostaria de aprender? Como imagina isso?
16. Mais sugestões de TODO O TIPO.

4.3 Curso Curricular: “O cinema para o estudante de medicina”(2001)

No **primeiro semestre de 2001**, foi realizado na Escola Paulista de Medicina –UNIFESP, um **curso com duração de seis semanas**, em disciplina eletiva intitulada “Recursos Humanísticos na Educação Médica: O cinema para o estudante de medicina”. O curso teve **caráter curricular**, representando 2 créditos no histórico escolar do aluno. Foi ministrado em 6 aulas semanais de 4 horas, para 20 alunos (10 alunos do 3º.ano, 10 alunos do 2º ano). Em cada uma das aulas foi projetado um **vídeo composto de trechos de filmes não médicos**. Após a exibição, estabeleciam-se **discussões** entre os alunos e dois professores –um deles o autor desta pesquisa. O papel dos professores foi de facilitadores na discussão, em função de **observador participante**. Em alguma ocasião, o filme foi projetado novamente após a discussão, com comentários do professor que editou o vídeo.

A metodologia aberta desta disciplina eletiva permitiu também que **os alunos trouxessem cenas de filmes, por iniciativa própria**, sobre as quais também se estabelecia a discussão posterior. Neste caso, o papel do professor-pesquisador, também observador participante, restringiu-se mais ao aspecto descritivo, numa postura mais próxima da descrição participante (GEERTZ, 1989)

Todas as discussões ocorridas durante as aulas foram registradas em gravação e anotações de campo. Nestas anotações constam também as opiniões do pesquisador que, envolvido no cenário, estabelece as conexões naturais do diálogo entre os alunos com categorias de pesquisa emergentes. Um diário do desenvolvimento das aulas, que inclui os vídeos projetados pelo professor, as temáticas abordadas nos trechos de filmes, e as cenas de filmes trazidas pelos alunos –tudo pode ser encontrado no *Roteiro 3*

Roteiro 3
“Diário de um Curso de Cinema”
UNIFESP – Fevereiro-Abril 2001
“Recursos Humanísticos na Educação Médica:
O cinema para o estudante de medicina”⁴

1ª Aula

Projetou-se o vídeo “Aprendendo com o Cinema”(cfr. *Roteiro 1*), em silêncio, sem comentários durante a projeção. Estabeleceu-se uma discussão com a participação dos 20 alunos inscritos no curso e os dois professores coordenadores. Vários temas emergentes, e alguns interrogantes: “Por que essas cenas e não outras?” –perguntam os alunos. O mesmo vídeo é projetado de novo, agora com comentários simultâneos do professor. . Amplia a visão, entende-se o que se queria dizer. O cinema, a imagem, facilita a colocação de conceitos, grudam fácil. “Faltam algumas cenas, professor”. Há consenso entre professores e alunos que as cenas que faltam serão trazidas por eles. Surge dos alunos a idéia de construir um vídeo-clip próprio.

2ª Aula

1. Projeta-se um vídeo editado: “As mulheres na tela”, com a seguinte sequência de filmes⁵.

- **O Guarda Costas e a Primeira Dama (*Guarding Tess*)**
- **Tomates (*Fried Green Tomatoes*)**

⁴ Curso oferecido como disciplina eletiva do Currículo da Graduação. Coordenado pelo Centro de Filosofia e História das Ciências da Saúde, incluído no Programa HUMEF- Humanismo e Medicina de Família. Escola Paulista de Medicina- UNIFESP.

- **Flores de Aço** (*Steel Magnolias*)
- **Adoráveis Mulheres** (*Little Women*)
- **O Cheiro da Papaia verde**
- **Sintonia de amor** (*Sleepless in Seattle*)

2. Discussão: sobre a alma feminina, maternidade, mulheres na medicina, algo que os homens nunca vão entender.

3. Os alunos trazem algumas cenas⁶

Como água para o chocolate.

A vida é como uma caixa de fósforos, devemos acendê-los um a um, aproveitando os detonadores (sorriso, gesto, carícia), nunca de uma vez. Quando molham é preciso secá-los, devagar. Estaremos secando fósforos aqui?

Tão longe, tão perto (*In weiter Ferne, So nah!*)

O sentido da vida. Quem faz a história não o nota.

3ª Aula

1. Projetou-se um vídeo editado, com o título “Opera no Cinema”, com uma seqüência de cenas de filmes onde a ópera é utilizada:

- **Uma linda mulher** (*Pretty Woman*)
- **As pontes de Madison** (*The bridges of Madison County*)
- **A festa de Babette** (*Babette's feast*)
- **Filadélfia** (*Philadelphia*)
- **O espelho tem duas faces** (*The mirror has two faces*)
- **Adoráveis Mulheres** (*Little Women*)
- **A vida é bela** (*La vita é bella*)

⁵ O título original do filme consta em itálico e entre parênteses

⁶ Os comentários dos alunos constam em itálico.

- O mestre de música (*Le maitre de musique*)
- Um sonho de liberdade (*The Shawshank Redemption*)

2. Discussão sobre música, ópera, será que não entendemos porque nunca passamos por isso? Como entram as emoções em tudo isto?

3. Cenas trazidas pelos alunos

A casa dos espíritos (*The house of Spirits*)

“Nunca mais falarei com você” - Isso é uma mulher forte. O amor incondicional, um amor que constrói, um amor que faz crescer, fraternidade, doação, caridade, perdão, mão dupla no amor, acrescenta, olha o bem do outro. Não é punição, nem submissão, em interesse próprio, nem egoísta. As pequenas coisas da vida” - a modo de exame de consciência no final.

4ª Aula

1. Projetou-se um vídeo editado, com o título “Caminhos de liderança” com uma sequência de cenas dos seguintes filmes:

- Tempos de Glória (*Glory*)
- Rob Roy. (*Rob Roy*)
- O último dos moicanos (*The last of the Mohicans*)
- Apollo 13. (*Apollo 13*)
- O fugitivo. (*The fugitive*)
- Lancelot- O primeiro cavaleiro (*First Knight*)
- A marca do Zorro (*The mask of Zorro*)
- Michael Collins. (*Michael Collins*)
- O Patriota (*The Patriot*)

2. Discussão com temas emergentes: Como formar um líder, em todos os sentidos. Quem vai me substituir? Fazer escola. A importância de uma bandeira, mesmo sem dizer nada. É o que faz a diferença, isto é, saber por que se luta.

5ª Aula

1. Os Alunos trouxeram várias cenas de filmes:

- **A noviça rebelde (*The sound of music*)**

Trazido por uma aluna, que chegou antes do início da aula, começou a projeção; os alunos, conforme foram chegando, juntaram-se na assistência. Foi discutido porque essa cena da cama, onde todos vão quando estão assustados é algo que cativa. Discutimos o que é emoção, o que toca. Os alunos tem medo de racionalizar, como se isso fosse levá-los a perder o que sentem e ganham com a emoção. Surge claramente a necessidade de traçar a ponte, suave, dirigida, das emoções -que conhecem e gostam- até o raciocínio. Talvez a palavra seja compreender, algo que significa entender, explicar, e ao mesmo tempo, abrangência. Como fazer isso no processo educacional.?

- **O rei leão (*The Lion King*)**

Um aluno trouxe a cena onde Simba está fugindo e o pai lhe diz: te esqueces-te de mim, torna-te o que es. Seus comentários: *Discutimos o porque desta cena, do conhecimento próprio, de lembrar de quem somos, de assumir. O passado doe, temos que aprender com a experiência, e para isso trazer o passado à tona, que é doloroso às vezes.*

- **“O Piano” (*The piano*)**

Um aluno projetou a cena final. Os seus comentários:

Nesta cena o que importa são os silêncios, que são mais importantes que as palavras, porque neles os homens se entendem. Nelson Rodrigues dizia que as pausas são mais importantes que as palavras, porque nelas os homens se

entendem. Aquilo que ela fazia questão, o piano, depois o sepulta como a sua vida, sua alma, seu passado, no mar

2. Foi projetado pelo professor, com comentários simultâneos, um vídeo com cinema dos anos 50, sob o título: “Uma trilha de valores perenes”, com cenas dos seguintes filmes:

- **Sindicato de Ladrões** (*On the waterfront*)
- **A tortura do silêncio** (*I confess*)
- **A um passo da eternidade** (*From here to eternity*)
- **Um lugar ao sol** (*A place in the sun*)
- **Os brutos também amam** (*Shane*)
- **Doze homens e uma sentença** (*Twelve angry men*)
- **Luzes da Ribalta** (*Limelight*)

3. Houve ainda uma projeção com cenas de filmes atuais, sob o título: “Procurando a verdade, a ilusão, o ideal”. Continham cenas dos seguintes filmes:

- **Tucker- um homem e seu sonho** (*Tucker*)
- **Terra das Sombras** (*Shadowlands*)
- **Jornal** (*The Paper*)
- **Lances Inocentes** (*Searching for Bobby Fisher*)
- **A festa de Babette** (*Babette's Feast*)
- **Uma segunda chance** (*Regarding Henry*).

6ª Aula

Projetou-se o vídeo dos alunos (*Roteiro 4*) e Realizou-se a avaliação (*Tabela 4*)

Uma **parte dos alunos**, também por iniciativa própria, **criou seu próprio vídeo** que foi exibido no último dia do curso, com trechos de filmes que os produtores julgavam importantes para transmitir a sua mensagem, acompanhados de comentários simultâneos à projeção. Os alunos seguiram uma metodologia análoga à empregada pelo professor: uma projeção inicial do filme, seguida de discussão, para finalizar como nova projeção do vídeo elaborado, desta vez com os comentários. O roteiro destes comentários pode ser encontrado no *Roteiro 4*. Consta-se aqui, que **promover e respeitar a iniciativa de expressão** do aluno na experiência com o cinema, faz parte integrante da metodologia.

Ao final do curso foram entregues pelos alunos **avaliações baseadas em perguntas abertas**, para efeito de análise. Essas avaliações foram **resumidas e encaminhadas novamente aos alunos para serem validadas**. O roteiro de perguntas abertas para avaliação consta na *Tabela 4*

Até aqui a descrição da experiência vivida com o cinema e com o aluno, no contexto educacional. Os dados que resultam destas experiências serviram para a análise que se realizará no próximo capítulo. A interpretação e análise dos dados deverá ser convenientemente contextualizada no processo gerado, e visando o objetivo educacional que se pretende.

Decorrerá a natural categorização dos dados obtidos –verdadeiros testemunhos de vida dos alunos, e do professor, todos envolvidos igualmente no mesmo universo- , a descoberta de temas emergentes e a integração das categorias permitindo um embasamento num referencial teórico na discussão posterior. Este processo de análise requer, ao longo de todo o processo –não apenas o trabalho de estudo dos dados, mas também das vivências que foram experimentadas- uma postura e um olhar essencialmente qualitativos.

Roteiro 4**Roteiro de comentários ao Vídeo editado pelos alunos****UNIFESP – Fevereiro-Abril 2001****“Recursos Humanísticos na Educação Médica:****O cinema para o estudante de medicina”**

Os olhos são o espelho da alma e eles nos permitem, através do cinema, ter vidas singulares ou reviver momentos inesquecíveis, não esquecendo que cada um terá sua própria emoção decorrente de suas experiências e conforme seu amadurecimento e estado de espírito. Uma mesma cena poderá ter milhares de mensagens e sentidos, dependendo da pessoa e da forma com que os olhos captem a imagem.

Devemos prestar atenção nas pequenas coisas, extrair a essência delas, valorizar a simplicidade da vida, para não nos limitar a um mundo de aparências, esquecendo o que fomos ou o que somos: “você esqueceu de mim, olhe para dentro de você; lembre-se de quem você é. Tenho que enfrentar o meu passado; o passado pode ser doloroso mas ao mesmo tempo pode te ensinar.

Temos que encarar as coisas como elas realmente são, assim como nós mesmos: não podemos viver deixando assuntos do passado a resolver, porque se não, eles ficarão remoendo, permanecerão vivas dentro de nós, enquanto tentamos fugir – “isso aconteceu” (life is easy with your eyes closed”- Beatles)

Quando sabemos quem somos, nos conhecemos, temos que descobrir quais são nossos próprios objetivos, metas e ambições. Questionar o porquê delas, o que nos impulsiona a buscá-las. Ter uma razão para lutarmos. Não se pode andar em círculos, sem saber para onde ir, como o “nowhere man”, que faz planos vazios para ninguém e inevitavelmente quando se vê, está sozinho, chorando no seu mundo vazio.

Temos sempre que Ter algo para nos agarrar, nossa bandeira para levantar, assim sentiremos que estamos novos, nossa vida terá sentido e “com certeza o melhor momento de nossos dias não será nos masturbar no chuveiro toda manhã”.

“Só a luta dá sentido à vida. O triunfo ou a derrota estão nas mãos dos deuses. Festejemos a luta”

Temos sempre que lutar por nossos objetivos, eles são nossos, fazem parte da nossa essência, nos mantêm vivos. Ninguém os realizará por nós. Se deixarmos de acreditar, podemos adormecer e passar o resto de nossas vidas mortos, precisando de algum estímulo para nos libertar, nos fazer renascer, tirando-nos das trevas do comodismo e do conformismo.

Olhamos para os lados e encontramos pessoas iguais a que já fomos, começamos a questionar, tentando de alguma forma acordá-los. Entretanto muitas vezes isso nos faz ser diferentes, fugimos um pouco da regra, do comum, nos destacamos da massa por pensar, agir e questionar conforme nossas próprias ideologias –talvez a humanização em medicina e o próprio curso de cinema sejam exemplos disso. Poderemos ser recriminados ou podados pela maioria, porque “people fear what they don’t understand”.

É triste saber que algumas pessoas, por serem reprimidas e fracas, tem medo de agir e questionar segundo seus próprios princípios e voltam a se esconder na massa, usando uma máscara, para se confundir ou ser aceito pela maioria. Sentem-se protegidos e só assim acham-se capazes de realizar seus desejos. Se limitam a uma máscara e uma senha.

Assim devemos ter personalidade para conseguir fazer o diferente, lutar pelo que acreditamos, mesmo que isso signifique afrontar os paradigmas impostos. Mas além dessa indiscutível virtude, devemos enxergar e reconhecer nossos limites, nossas incapacidades, saber conviver com elas e nos perdoar pelos nossos erros.

Nem tudo é do jeito que queremos, às vezes nos decepçionamos; não quer dizer que fracassamos, apenas não era para ser. Quem somos nós para mudar o destino e as vontades das pessoas e da natureza? Será que queremos ser Deus? É muita prepotência da nossa parte. “Perdão, Rose”. “A culpa não é sua, Ninguém pediu para você sofrer, isso foi idéia sua”

Porém quando tudo der errado e nos sentimos as piores pessoas do mundo, lembramos que não estamos sozinhos. Nessa vida, temos um âncora, um suporte, cada um terá seu lugar de Jesus na escultura “Pietà”. Um colo de conforto para irmos.

Haverá pessoas que nos escutarão, chorarão e sofrerão conosco, É preciso criar laços, cultivar o Amor para não sermos solitários. Talvez esse suporte seja o espelho de um grande reconhecimento, e quando este aparece em meio a uma fria prisão, entre estupradores e assassinos, esta solidariedade torna-se mais verdadeira.

Temos outro suporte: a grandeza do amor, que nos completa, que nos torna inteiros. “Toda noite eu arrancava meu coração, mas pela manhã já estava inteiro”-poder do Amor.

O mesmo amor que é capaz de fazer com que tenhamos vontade de sermos melhores. É o modo como a personagem do filme fala dos seus sentimentos: “graças a você comecei a tomar as pílulas que sempre odiei...”Se ele não tivesse mencionado as pílulas para justificar o seu amor por ela, a mensagem não seria tão profunda.

O amor que nos ensina coisas da vida, amor incondicional: a esposa apanha do marido e jura que nunca mais falará com ele. Clara é uma fortaleza de mulher que apesar de sofrer com isso, mantém sua palavra e consegue dar uma lição de vida ao marido, que por todas suas maldades, até na morte está sozinho. E é esse Amor que te acrescenta, te ensina, te faz crescer.

Busca por todas essas coisas faz com que você se torne um ídolo, um herói, que tem autoconfiança, que se conheça, que tenha suas metas estabelecidas, se valorize, que se ame e também ame o próximo e tenha capacidade de reconhecer os terrenos férteis nos quais jogará suas sementes. Assim, os frutos colhidos serão os melhores possíveis e esse indivíduo será elevado às alturas, dito como iluminado, mas talvez nada mais tenha feito do que viver sua vida dignamente, seguindo seus próprios princípios e respeitando o seu eu

...vivendo em harmonia e paz. “Um mundo não pode ser construído com sangue”.

Sem esquecer de aproveitar sua vida ao máximo, o famoso *carpe diem* vivendo cada dia como se fosse o último. Assim como Jimmy Hendrix, que viveu

intensamente e talvez seus 27 anos tenham sido suficientes. Ele não deixou a vida simplesmente passar por ele, ele deu sua contribuição. Justificou sua passagem. Para assim, quando chegar a hora, não termos que plagiar o poema de Gabriel García Márquez:

“Se, por um instante, Deus se esquecesse de que sou uma marionete de trapo e me presentearse com um pedaço de vida, possivelmente não diria tudo o que penso, mas, certamente, pensaria tudo o que digo. Daria valor às coisas, não pelo que valem, mas pelo que significam. Dormiria pouco, sonharia mais, pois sei que a cada minuto que fechamos os olhos, perdemos sessenta segundos de luz. Andaria quando os demais parassem, acordaria quando os outros dormem. Escutaria quando os outros falassem e gozaria um bom sorvete de chocolate.

Se Deus me presentearse com um pedaço de vida, vestiria simplesmente, me jogaria de bruços no solo, deixando a descoberto não apenas meu corpo como minha alma.

Deus meu, se eu tivesse um coração, escreveria meu ódio sobre o gelo e esperaria que o sol saísse. Pintaria com um sonho de Van Gogh sobre estrelas um poema de Mario Benedetti e uma canção de Serrat seria a serenata que ofereceria à Luz.

Regaria as rosas com minhas lágrimas para sentir a dor dos espinhos e o encarnado beijo de suas pétalas. Deus meu, se eu tivesse um pedaço de vida não deixaria passar um só dia sem dizer às gentes: te amo, te amo. Convenceria cada mulher e cada homem que são os meus favoritos e viveria enamorado do Amor. Aos homens, lhes provaria como estão enganados ao pensar que deixam de se apaixonar quando envelhecem, sem saber que envelhecem quando deixam de se

apaixonar. A uma criança, lhe daria asas, mas deixaria que aprendesse a voar sozinha. Aos velhos ensinaria que a morte não chega com a velhice, mas com o esquecimento. Tantas coisas aprendi com vocês, os homens....Aprendi que todo mundo quer viver no cima da montanha, sem saber que a verdadeira felicidade está na forma de subir o escarpe.

Aprendi que quando um recém-nascido aperta com sua pequena mão pela primeira vez o dedo de sue pai, o tem prisioneiro para sempre. Aprendi que um homem, só tem o direito de olhar um outro de cima para baixo, par ajudá-lo. São tantas as coisas que pude aprender com vocês, mas, finalmente, não poderão servir muito porque quando me olharem dentro dessa maleta, infelizmente estarei morrendo”

Não deixem que a vida simplesmente passe por você, aproveitem-na, vivam dignamente, façam por merecer, para quando você estiver à beira da morte, a única coisa que você veja não seja apenas você deitado em um caixão.

Estamos aqui passando este filme porque queríamos dizer algo que tocasse vocês, algo que queríamos gritar, não porque somos a luz ou a mensagem, nem melhores nem piores, apenas diferentes, Tentamos pretensiosamente ser mensageiros. E talvez poderíamos pensar nessa última cena, nós, na condição de médicos somos apenas mensageiros, ou seja, “nada somos”, os pacientes são tudo para nós.

Mas nada tínhamos mencionado especificamente sobre medicina especificamente porque temos em mente que antes de sermos médicos, teremos de ser gente. Com certeza, se fizermos por merecer, viveremos dignamente e seguiremos nossos princípios em harmonia, isso refletirá em todos os nosso atos e

momentos e certamente como no cinema, veremos e vivenciaremos a medicina como arte.

Então qual seria o sentido disso tudo? Talvez muitos não concordem, porque também quem somos nós para darmos “regras e teoria” sobre a vida, que é algo tão grandioso que está muito além de nosso conhecimento e nós mesmos. Não sabemos onde começamos e acabamos, apenas fazemos parte do ciclo.

Tabela 4

Avaliação
UNIFESP – Fevereiro-Abril 2001
“Recursos Humanísticos na Educação Médica:
O cinema para o estudante de medicina”

Perguntas de avaliação do Curso

1. O que você pensava encontrar aqui e quais eram suas expectativas? Por que você quis fazer esta matéria eletiva
2. O que de fato você aprendeu? Alguma surpresa? Algo que você não esperava?
3. Qual foi o ponto principal no seu aprendizado? Cite algo concreto
4. Como você poderia reproduzir o que aprendeu aqui, sendo você o professor? Quais seriam os seus objetivos educacionais?
5. Você vê esta matéria como parte de um projeto educacional ou como algo pontual que é importante? No primeiro caso, que projeto você imaginaria para dar continuidade a esta matéria? Cite exemplos concretos.

Resultados

5. RESULTADOS

A experiência do encontro do aluno com o cinema no contexto educacional rende um conjunto de experiências que são a fonte de dados para a pesquisa. Estas experiências devem ser relatadas primeiramente, para depois serem estudadas, na tentativa de compreendê-las e interpretá-las em análise conjunta com os próprios envolvidos no processo, isto é, com os estudantes.

Para facilitar a análise de resultados, procurou-se agrupar os dados obtidos, que são sempre testemunhos textuais dos alunos^(*), em categorias que permitissem sua integração e interpretação. Surgem deste modo os temas principais de análise que podem ser embasados num referencial teórico para uma posterior compreensão das experiências.

As categorias agrupadas seguem uma sequência lógica que facilitará a análise. Em primeiro lugar, os resultados apontam para uma descoberta de aspectos que o aluno procura na sua formação e que são revelados através desta experiência (n. 1). Depois, temos uma procura que interage naturalmente com uma linguagem própria do aluno, também particular (n.2) e que vem descortinar as preocupações presentes em forma de temas emergentes (n. 3). Em seguida, a experiência aponta para descobertas do aluno relativas à própria metodologia utilizada (n.4) que o aluno toma para si e na qual propõe inovações (n.5). Na última categoria (n.6) são

^(*)Os depoimentos textuais dos alunos constam em *itálico*

agrupados os resultados que apontam para atitudes do próprio docente que se propõe usar experiências educacionais como a que se descreve neste trabalho.

Evolui-se assim, na apresentação dos resultados, de uma esfera geral de categorias reveladas pela experiência, para outras categorias mais particulares e concretas.

5.1 A procura do aluno.

O aluno percebe uma carência da dimensão humana na formação

Os primeiros resultados que aparecem no estudo são em forma de surpresa, por parte do aluno. Produz-se um encontro com uma realidade da qual o aluno sente falta no universo do seu contexto educacional na escola médica, mesmo sem saber delimitar claramente em que consistiria. Deparando-se com esta surpresa que lhe é mostrada através do encontro com o cinema no contexto educacional, surge o assentimento e a aceitação, por comprovar a possibilidade desta dimensão da qual sentia falta e que intitula de “dimensão humana”

“Isto eu já fazia...e senti falta de ter isto à minha volta, quando entrei na faculdade”.

“Já me criticaram quando entrei neste projeto. Disseram-me: você não está com muita coisa na cabeça, não? Você nota que tem alguma coisa a mais, alguma coisa escondida, que você pode extrair quando entra num projeto deste tipo”.

“Sinto falta de matérias voltadas para a área humana, para abrir a cabeça. O ponto principal e a necessidade da reflexão; temos que conhecer-nos melhor para poder conhecer outras pessoas”

O aluno quer a dimensão humana na faculdade, de modo formal, criando espaço para discussão destas questões, apontando para a necessidade de modelos de comportamento.

Os resultados apontam para o desejo do aluno que diz precisar destas matérias que o ajudam a adquirir a dimensão humana do médico, no contexto curricular, na própria escola médica. Naturalmente surge a pergunta: O que faz pensar ao aluno que isto deveria estar na faculdade? . Será que desconhece o que uma faculdade de medicina se propõe ensinar? Por que isto é importante? Por que tem que se fazer isto na faculdade? Não poderia ser feito fora da faculdade?

O aluno julga importante fazer-se isto dentro da escola, como uma esperança para recuperar algo de que sente falta no próprio processo. É como um desejo de mudar o processo educacional de dentro, e não apenas remediar eventuais falhas com soluções, por vezes, externas, individuais, que também não trazem a resposta que eles procuram. As respostas aos questionamentos , teriam de ser dadas no contexto do próprio processo educacional, por tanto, inseridas na formação que a faculdade lhe propicia.

Não temos vínculo com os professores,aqui se pode criar, falar a mesma linguagem. O humano fica muito longe de nós, e isto é humano.....Lá fora fica difícil de encontrar um sentido, uma conexão.

Levanta-se a questão da atualidade do tema e a pergunta decorrente: por que esta necessidade de hoje não era colocada em discussão oficial, curricular, anos atrás? A interpretação do aluno é naturalmente simplista, atribuindo uma cultura maior, e um contato habitual com as humanidades –leitura, teatro, artes em geral- aos alunos de medicina de outras épocas. Independentemente da verdade desta

afirmação, os alunos concluem de modo insistente que ‘não se discutia isto porque não se sentia tanto a falta do mesmo’, ou porque as pessoas adotavam esta atitude através dos exemplos que tinham na própria faculdade, entre os seus professores, tomados como modelos.

“Talvez não se discutisse isto com tanta ênfase, o tema do humanismo, porque de algum modo as pessoas o assimilavam de modo natural. Hoje a demanda, que procede do paciente e do aluno, acusa falta desta componente. Parece importante criar-se um espaço para ver como se pode aplicar o humanismo e não apenas “discuti-lo, apontar sua falta, etc.” Pode ser que antigamente as pessoas incorporassem naturalmente esta atitude pelos modelos que tinham na universidade.

5.2 A linguagem do aluno

As percepções do aluno e a dimensão emotiva: uma afetividade que é porta de entrada para discussões posteriores

As percepções do aluno, quanto às suas próprias necessidades formativas, chegam através da dimensão emotiva. O aluno dificilmente explica, ou esclarece racionalmente os motivos que criam afinidade para estas questões, e porque seria um meio de suprir suas deficiências. O aluno não é capaz de dizer exatamente o porquê, mas “sente” que isto é importante. São resultados que apontam para uma conexão educacional que, de algum modo deve contemplar a afetividade e o sentimento, atingindo-o de alguma maneira. Se a afetividade não é o núcleo do processo educacional, certamente é uma porta de entrada necessária. Através dela deverão entrar os restantes conceitos com que se pretende formar o aluno. _

“Projetos como este -entrei porque apenas gostei- parecem necessários para você não se distanciar do mundo real. Existe um questionamento mais amplo do que Medicina, neste temas: é o ser humano. Não é exclusivo do médico, nem do universitário, mas de todos os homens. É claro que a formação superior deveria levar a preocupar-se mais com estas coisas. Por outro lado, embora seja necessário a qualquer profissão o médico tem uma necessidade clara: ele cuida de algo especial, tem que dar atenção ao ser humano. Se eu não sei lidar com ele, se eu não consigo convencer não poderei fazer nada. São relações humanas, importantes para qualquer profissional”

Esta sensibilidade deve ater-se às diversas sensibilidades: “Mulher quando gosta chora; se não chora é que não gosta. Depende da época do mês a gente chora mesmo. A TPM é básico”

Queria encontrar gente como eu, preocupada com isto, e responder a minha pergunta: será que somente eu me preocupo com isto e vejo isto como importante??

*Aprendi a verbalizar as sensações que tenho nos filmes e no dia a dia. Divagando se entende muita coisa; conversas sobre emoções, percepções, sensibilidade engrandecem a força de vontade
Aprendi a deixar sentir as próprias emoções*

A exemplificação e identificação com as figuras dos filmes: facilitando a expressão afetiva

Sendo a dimensão emotiva a causadora do início do processo, é natural que a exemplificação do concreto –no caso, através de situações mostradas nas cenas dos filmes- seja um recurso habitual empregado pelo aluno para interagir no processo, participar nas discussões e inclusive para se mostrar interiormente. A identificação com as personagens dos filmes, que surge naturalmente, permitem uma tradução do

universo afetivo do aluno. O cinema funciona a modo de facilitador, ajudando na expressão dessa procura de algo que lhe falta e não sabe o que é exatamente.

Aprendi que nos podemos espelhar em algo como são os filmes e mostrar os sentimentos que temos.

Não sei se aprendi, mas pensei, pensei muito. Acho que se pensei, aprendi. Aprendi a ver, ou melhor, a sistematizar o meu olhar.

Mais do que aprender, digamos que desenvolvi algo. Desenvolvi a habilidade de verbalizar o que sinto, o que penso, e dar valor para isso.

Surpresa? A primeira aula: foi um detonador de fósforo. Reparei que muitas das minhas metas estavam lá, me esperando, espalhadas entre os filmes. O cinema é muito mais do que cenas: é um reflexo da humanidade, um aspecto das gentes.

Os alunos consideram necessário dedicar atenção às emoções, e sentem falta desta atenção formativa no seu processo acadêmico.

A gente tem emoções, e não sabemos o que fazer com elas, como lidar com elas. Esta experiência com os filmes permite que as emoções surjam, e podemos trabalhá-las. Não podemos estar na faculdade fazendo de conta que não temos emoções e que elas não devem ser trabalhadas.

Dentro destes resultados, aparece a força do exemplo concreto representado pela cena. Não é o filme no seu conjunto, mas a cena, uma cena concreta a que é trazida à discussão pelo aluno, e citada habitualmente nas conversas. Não surge uma fundamentação racional por parte do aluno, mas apenas “o uso da cena como instrumento de explicação”. E os seus pares, alunos que participam na discussão, não exigem também a fundamentação e o motivo. Estabelece-se uma conexão intuitiva,

através da linguagem de cenas, que facilita o contato, revela atitudes, provoca reflexão. .

Há que ter um sentido no que fazemos. É como naquele filme, onde a protagonista trabalha numa fábrica de ursos de pelúcia. Alguém lhe diz: ‘como você pode ser feliz trabalhando numa coisa tão corriqueira? E a protagonista diz: “eu não faço ursinhos de pelúcia, mas faço crianças felizes”.

Esse contato inicial, estabelece uma disposição para ouvir e aprender. Iniciado o contato afetivo, acertada a “linguagem de cenas”, o aluno dispõe-se com uma atitude que permite progressão no processo: o aluno fica aberto a uma explicação que tenta fundamentar uma atitude, uma postura, uma situação concreta à qual se deve dar uma resposta. Isso aponta para uma metodologia didática que o professor deve levar em consideração (cfr. n. 6)

5.3 A Temática de discussão: os temas levantados pelo aluno

A temática que surge nas discussões por causa dos filmes, é de natureza ampla. Mesmo quando se tenta delimitar, através de cenas escolhidas que destacam aspectos concretos, o aluno leva a discussão, espontaneamente, para temas de maior abrangência, com significado vital. O motivo desta evolução temática parece claro: quando se lhe dá abertura, em espaço formal, o aluno fala das suas verdadeiras preocupações. Cria-se um espaço de debate onde surgem as questões que preocupam e no fundo orientam as atitudes perante o processo formativo.

Sentido vocacional

Na raiz destas discussões encontra-se o tema vocacional, o desejo de ser médico e as reflexões básicas que acompanham isto. O que é ser médico? Para que existe a medicina? O que queremos sendo médicos? Aparecem na discussão questões

de fundo -vocacionais, de sentido da vida, da missão do médico- que teoricamente não estariam contempladas como objetivos iniciais do projeto. É a ocasião em que estes temas surgem e parece útil deixar a discussão livre, seguindo o rumo natural dos dilemas e questionamentos.

“Porque você fez Medicina?”

“Quando o médico perde esse jeito humano será que ele perde de repente ou vai perdendo aos poucos, e nem repara”?

“Pode ser uma questão politicamente pouco correta com o ambiente demonstrar excesso de humanidade com o paciente: vi um médico, ótimo profissional, que trata com carinho o paciente -no caso a criança- coloca a chupeta, pega no colo; depois fala com desprezo de um moribundo....Como se uma quota excessiva de humanidade fosse comprometedora. E muitas vezes olhando para esse médico, nota-se que esse jeito grosseiro não é dele, mas é como se precisasse disso para não ser marginado. É como se fosse politicamente correto ser assim. E ele é o chefe do serviço. Poderia impor o estilo humano sem necessidade de fazer média com ninguém. Pode ser também que ele se sinta sozinho, e que não conheça ninguém que faz assim, e por isso mantém essa atuação, postiza, indefinida”

Perplexidades, dúvidas, questionamentos

Do sentido vocacional, freqüentemente as discussões dão lugar a que os alunos coloquem abertamente suas perplexidades e questionamentos no processo formativo. Questões estas que, se não resolvidos, virão constituir, antes ou depois, obstáculos concretos na sua formação. São, estas, as verdadeiras preocupações do aluno que está sendo educado.

Uma questão está latente de modo habitual. Existem perplexidades do aluno que entrou na Faculdade de Medicina para ajudar as pessoas, com um desejo de fazer

o bem, e repara que isto não é norma nos colegas superiores ou médicos formados, e pergunta-se se será justamente o aprendizado técnico, a aquisição de habilidades e conhecimentos médicos o que faz com que o médico perca o norte, o cuidado do paciente. Parece necessário explicar que não é o que se adquire tecnicamente o que faz minguar o humanismo, mas uma falta de atenção, um subdesenvolvimento do humanismo, que deveria acompanhar em paralelo o aprendizado técnico, de per si necessário e absolutamente imprescindível para praticar uma medicina moderna e eficaz.

“A influência do lado negativo é muito mais forte. Para acabar com a fama de alguém ou de um estabelecimento, basta uma pessoa falando mal. Para construir a boa fama são necessárias pelos menos vinte pessoas falando bem habitualmente. Juntar-se para destruir alguém é mais fácil”

Precisava de esta matéria como suporte humanístico para lidar com os meus conflitos pessoais com a medicina. O que procuro com isto? Compor o meu interior, ser melhor pessoa para ser melhor médico. Aproveitamento para a minha vida pessoal e profissional. Uma retomada de ideais.

“Você quer ajudar as pessoas. O conhecimento humano é meio para ajudar as pessoas.

Quanto mais qualificados estejamos também mais poderemos ajudar.

“Não será que o médico não consegue conviver com a dor. É difícil conviver com ela. Talvez o modo inconsciente de fugir dela é transformá-la em algo tosco”

“Se discute muito pouco sobre morte e sobre paciente terminal. Não se discutem estes temas na faculdade e você não sabe como lidar com eles. Não é fácil, você precisa conversar com as pessoas, entender, chegar a conclusões”

Acreditamos que este pode ser um modo para que cresça o humanismo, para oferecer recursos para todos...Tudo está sem sentido nesta fase. Tudo é crise: fiquei duas semanas sem vir na escola. O primeiro ano, tudo bem, deixa passar. Mas depois, a partir do segundo ano fica sem sentido

A procura de uma formação integral para a vida

As discussões ultrapassam o objetivo inicial do projeto, encaminham-se para uma visão mais ampla do mundo e das relações humanas que, sendo necessárias para todos, são de particular importância para o médico. Não se falou apenas de cinema, ou das situações mostradas nas cenas, mas derivou-se nos debates para temas mais amplos. Novamente se observa como o aluno se aproveita deste espaço para reclamar a necessidade da sua formação como ser humano, da qual sente falta durante a escola médica. Uma intuição de que deve crescer como pessoa, ao tempo que cresce em conhecimento estritamente técnico-científico, pois do contrário não virá a ser o médico que ele idealiza. Projetos deste tipo são importantes para a formação de qualquer pessoa, não apenas para o médico. Mas a maioria dos acadêmicos particulariza sua importância para o médico. É consenso entre todos os estudantes que esta atividade se destina a descobrir horizontes mais amplos:

“O médico precisa de uma delicadeza maior, uma sensibilidade maior”

“Estamos tentando pegar o humano dessas áreas para trazer para nos”.

“Eu não sei se estou neste projeto procurando um objetivo específico, ou algo menos direcionado, algo mais geral, que serve para a vida”.

“Aprendi coisas que me ajudam a crescer na vida: e ver as diversas perspectivas nos outros, como uma camada comum que há em todos nós.”

“O automatismo do dia a dia nos faz esquecer coisas fundamentais”

“O que aqui ouvi não se restringe a medicina; vou carregá-lo comigo para toda a vida.

Aprendi o óbvio, ou seja, o mais difícil de aprender”.

“Difícil dizer o que aprendi. Este curso é inserido no contexto onde vejo a minha vida

“Aprendi a enxergar as coisas em vez de simplesmente passar por cima delas.”

5.4 As descobertas do aluno: novas perspectivas educacionais

Os resultados compreendem verdadeiras descobertas do aluno que, quando sistematizadas, apontam para perspectivas educacionais importantes.

O diálogo que enriquece

O aluno refere ter aprendido a respeitar as opiniões dos outros, e a levá-las em consideração e enriquecer-se com elas. O valor do diálogo, aprendendo a dialogar, que é em primeiro lugar ouvir com atenção o que o outro tem a dizer, compreender que existem outros pontos de vista diferentes dos próprios, e que têm valor.

Por outro lado, aparece com evidência a necessidade de discutir as questões emergentes dos filmes com os seus pares, como tentativa de ampliar a visão oferecida neles. É preciso discutir as questões humanas, a que não se presta muita atenção no ensino das faculdades. Ver os pontos de vista dos outros -das personagens- pode ser um modo de aprender a ouvir o que os outros tem a dizer, “ouvir o interior das pessoas”. Partilhar o que se vê, é um amplificador que ajuda a

captar as idéias. O próprio filme funciona como amplificador, e facilitador da expressão do que levamos dentro de nós.

“Um modo de ampliar a visão daquelas realidades. Você gosta tanto daquilo, mas não percebe todos os aspectos pelos quais você gosta. Os comentários dos outros são como um “zoom”, um detalhamento, daquilo que você gosta, para entender melhor porque você gosta. Eu falo sozinha. Falo muito. Mas há necessidade de comentar com alguém. Talvez para descobrir um grupo de pessoas de tendências afins. Ou porque a pessoa vê alguma coisa que você tal vez não viu.”

“Partilhas o que é bom. Querer partilhar estas descobertas, e muitas vezes a recomendação de ler ou ver o filme, é o modo de partilhar, já que é mais eficaz do que apenas comentar. Medicina também é partilhar o que é bom”

Surpreendeu-me a opinião dos outros, e como crescemos partilhando experiências. Queria encontrar gente como eu, preocupada com isto, e responder a minha pergunta: será que somente eu me preocupo com isto e vejo isto como importante??...”

Há pessoas iguais a mim no mundo; podem não pensar igual, mas acendem os fósforos da mesma maneira

Me surpreendeu o interesse dos colegas: não estou sozinho nesta empreitada. Aprendi a valorizar a opinião dos colegas

Há cenas de filmes que para mim não faziam sentido, mas que foram amplificadas pelos comentários dos pensamentos e sentimentos dos colegas. Temos que buscar nas pessoas significados mais profundos, não ficar na superfície

Os alunos apontam em consenso absoluto a necessidade de estabelecer as discussões após assistir aos filmes. Há uma necessidade de partilhar com os outros o

que foi visto nos filmes, o que foi pensado, meditado. Há uma necessidade que se faz maior quando situações expostas nos filmes evocaram aspectos da vida pessoal

Era isto o que eu queria. Ouvir o que os outros tinham a dizer, o que supôs para eles esta experiência. Sentia absoluta necessidade de partilhar, de ter esta discussão.

Quero saber o que os outros pensam. É importantíssimo. E vejo que muitos não vêem as coisas que eu vejo, e outros vêem algo que eu não tinha reparado. São modos diferentes de ver. Mas a discussão –querer saber o que os outros viveram- é fundamental.

Uma educação vinculada a aspectos pontuais: exemplos, situações, histórias de vida

As cenas de filmes redundam numa exemplificação gráfica do caso concreto, para o qual o aluno demonstra grande inclinação. Assim as histórias de vida, situações, atitudes representadas nos filmes de modo “plástico” funcionam como verdadeiros *detonadores* (frase textual dos alunos nas discussões) do processo interativo de discussão.

Estes resultados fazem pensar numa educação que, de algum modo, deve estar vinculada a aspectos pontuais, concretos, que serão pontos de partida para uma reflexão posterior. Os alunos são atraídos por frases, por cenas de filmes, sem ater-se ao contexto ou ao fundo filosófico ou argumentativo. Durante os debates, os alunos citam frases como resumo de uma argumentação que não chegou a ser exposta. Isto leva a refletir sobre a colaboração que modelos educacionais cortados por estes padrões trariam: uma educação que saiba partir do caso concreto (a história de vida, a frase de efeito, a emoção que uma situação desperta) para depois adentrar-se na explicação teórica do fato. Naturalmente, ficar no anedótico seria insuficiente; mas desprezá-lo é omitir um recurso de valor que chama a atenção e desperta o interesse do aluno (as historinhas, em frase textual dos alunos)

“Trouxe algumas frases soltas do filme que vi, Shadowlands. Por exemplo: ‘porque Deus nos ama ele nos dá o sofrimento... A dor é o megafone de Deus para acordar um mundo surdo.... Por que amar se a vida é tão dolorosa. Eu não tenho mais respostas.... Por duas vezes na vida foi me dado uma escolha: como garoto e como homem. O garoto escolheu a segurança, o homem escolheu o sofrimento.... A dor é parte da felicidade de então: esse é o trato.’”

Visto que a facilidade do aluno é para o pontual, permite utilizar cenas em vez de filmes, para delas arrancar o debate que tem uma perspectiva integradora. A cena é a representação plástica da história de vida, da situação, da experiência que o aluno vive através da personagem. E dela se parte para uma fundamentação teórica através da discussão.

A facilidade para transferir o aprendizado para o campo da atuação médica

Espontaneamente, o aluno sabe transferir a discussão da temática geral e ampla (cfr. n. 3) para o campo da atuação médica. Não é preciso mostrar-lhe um caminho explícito, pois ele o sabe encontrar, e o vincula ao ambiente médico, ao contexto educacional.

Uma visão do doente: “O doente para o médico quer ser um filho único, quer ser um namorado, quer ser concreto” “A gente pega exemplos do filme para reforçar os modos de comportamento, nas dificuldades que vamos encontrar”

“O menino vá fazendo amizade com o professor disforme. Chega um momento em que lhe diz eu consigo te ver sem as cicatrizes”

“Foi uma surpresa ver que não eram filmes que envolviam médicos. Surpreendeu-me a aplicabilidade do curso na vida médica”

Um recurso de seleção?

Os alunos que participaram, espontaneamente, dos vários projetos que este estudo envolve relatam que muitos dos seus colegas não se interessariam por viver esta experiência. Eles apontam este interesse como um verdadeiro divisor de águas no processo de seleção de pessoas, já que no entender deles, os que se interessam na prática pelos temas apontados anteriormente (cfr. n.3) encontram neste contexto educacional um lugar propício para procurar suas respostas.

“Embora todos deveriam ter esta experiência, e lhes seria útil, muitos não vão entender. Tem pessoas que se preocupam com o humanismo, com a relação médico-paciente, mas de um modo absolutamente teórico. É preciso aprender a fazer isto, dedicar tempo para projetos como este.”

5.5 As respostas do aluno: colaboração em busca de uma metodologia.

Os resultados que sistematizam as respostas do aluno a este projeto, têm um denominador comum, ponto de partida de trabalhos posteriores, conduzidos pelos próprios alunos: motivação. O projeto serviu como elemento motivador para pesquisa, pois os alunos envolveram-se de maneira entusiasta e progressiva no mesmo. O aluno é levado a pensar –e por tanto a pesquisar- temas “diferentes” –entendendo-se aqui, no dizer dos próprios alunos, algo não convencional, não estabelecido previamente no curriculum- que estão relacionados com a sua formação médica. Motivar é um elemento fundamental na educação, já que é criar recursos de resposta, para pesquisa, para o estudo, para o auto-didatismo.

O filme dos alunos: uma metáfora das suas necessidades

Na parte do projeto desenvolvida institucionalmente, através de uma disciplina eletiva, e portanto em horário curricular, a resposta dos alunos à motivação observou-se desde o primeiro momento. Na discussão que se seguiu à primeira aula, onde foram projetadas cenas selecionadas de filmes, seguidas de comentários “amplificadores”, os alunos sugeriram trazer “suas próprias cenas de filmes que tinham especial significado para eles”, sendo projetadas nas aulas seguintes, e também discutidas entre todos. Como resumo final, por iniciativa e consenso do grupo de discussão, os alunos elaboraram seu próprio filme, composto de uma sequência de cenas -algumas já tinham sido trazidas previamente, outras apenas lembradas na discussão-, que representavam respostas dos alunos a questões surgidas nas várias discussões.

É ilustrativo incluir aqui alguns dos comentários que os alunos fizeram durante a projeção deste filme, também com um objetivo de “amplificar a captação de temas”, seguindo o modelo utilizado na primeira aula. Os comentários são textuais, o roteiro encontra-se escrito (*Roteiro 4- Metodologia*), e a sistemática de agrupamento de temas é colocada neste estudo para facilitar a compreensão das questões emergentes.

Produzir um filme nosso foi um aprendizado e mostrou como se pode passar uma mensagem para que todos entendam.

Reflexão

Devemos prestar atenção nas pequenas coisas, extrair a essência delas, valorizar a simplicidade da vida, para não nos limitar a um mundo de aparências, esquecendo o que fomos ou o que somos: “você esqueceu de mim, olhe para dentro de você; lembre-se de quem você é. Tenho que enfrentar o meu passado; o passado pode ser doloroso mas ao mesmo tempo pode te ensinar. (O Rei Leão) – (Roteiro do filme dos alunos)

Metas e Objetivos. Motivação

Quando sabemos quem somos, nos conhecemos, temos que descobrir quais são nossos próprios objetivos, metas e ambições. Questionar o porquê delas, o que nos impulsiona a buscá-las. Ter uma razão para lutarmos. Não se pode andar em círculos, sem saber para onde ir, como o “nowhere man”, que faz planos vazios para ninguém e inevitavelmente quando se vê, está sozinho, chorando no seu mundo vazio” – (Roteiro do filme dos alunos)

As dificuldades e as críticas do ambiente

Olhamos para os lados e encontramos pessoas iguais a que já fomos, começamos a questionar, tentando de alguma forma acordá-los. Entretanto muitas vezes isso nos faz ser diferentes, fugimos um pouco da regra, do comum, nos destacamos da massa por pensar, agir e questionar conforme nossas próprias ideologias –talvez a humanização em medicina e o próprio curso de cinema sejam exemplos disso. Poderemos ser recriminados ou podados pela maioria, porque “people fear what they don’t understand”. É triste saber que algumas pessoas (...) voltam a se esconder na massa, usando uma máscara, para se confundir ou ser aceito pela maioria. Sentem-se protegidos e só assim acham-se capazes de realizar seus desejos. Se limitam a uma máscara e uma senha. (..) Devemos lutar pelo que acreditamos, mesmo que isso signifique afrontar os paradigmas impostos. (..) E aprender a reconhecer nossos limites, nossas incapacidades, saber conviver com elas e nos perdoar pelos nossos erros. – (Roteiro do filme dos alunos)

Aceitando e crescendo com os fracassos

Nem tudo é do jeito que queremos, às vezes nos decepcionamos; não quer dizer que fracassamos, apenas não era para ser. Quem somos nós para mudar o destino e as vontades das pessoas e da natureza? Será que queremos ser Deus? É muita prepotência da nossa parte(...)Porém quando tudo der

errado e nos sentimos as piores pessoas do mundo, lembramos que não estamos sozinhos. Nessa vida, temos um âncora, um suporte, cada um terá seu lugar de Jesus na escultura “Pietà”. Um colo de conforto para irmos.
 –(Roteiro do filme dos alunos)

A descoberta do amor que constrói

Temos outro suporte: a grandeza do amor, que nos completa, que nos torna inteiros. (..) que é capaz de fazer com que tenhamos vontade de sermos melhores. É o modo como a personagem do filme fala dos seus sentimentos: “graças a você comecei a tomar as pílulas que sempre odiei...” Um amor que nos ensina coisas da vida, amor incondicional, que te acrescenta, te ensina, te faz crescer.-(Roteiro do filme dos alunos)

A medicina, o cinema e a vida

Não deixem que a vida simplesmente passe por você, aproveitem-na, vivam dignamente, façam por merecer. Com este filme queríamos dizer algo que tocasse, gritar, não porque somos a luz ou a mensagem, nem melhores nem piores, apenas diferentes, Tentamos pretensiosamente ser mensageiros. (..) Nós, na condição de médicos somos apenas mensageiros, ou seja, “nada somos”, os pacientes são tudo para nós. E nada falamos de medicina especificamente porque temos em mente que antes de sermos médicos, teremos de ser gente. Com certeza, se fizermos por merecer, viveremos dignamente e seguiremos nossos princípios em harmonia, isso refletirá em todos os nossos atos e momentos, e certamente como no cinema, veremos e vivenciaremos a medicina como arte. . –(Roteiro do filme dos alunos)

Nesta produção, com duração de 70 minutos, observa-se a procura de um modelo, que o aluno frequentemente considera ausente, e do qual “sente” precisar no seu processo formativo. O filme produzido pelos alunos assume a perspectiva de

verdadeira metáfora que compreende os temas vitais anteriormente discutidos nos colóquios interativos.

A linguagem cinematográfica

A facilidade que o aluno tem para gravar cenas, diálogos e situações expostas nas cenas dos filmes, chega a constituir um peculiar meio de comunicação entre os seus pares, e com o professor. Trata-se de uma verdadeira linguagem “em moldes cinematográficos” com que, por meio de uma frase ou uma situação, se consegue evocar com rapidez todo um conjunto de atitudes, e perspectivas que assumem significado particular na vida deles.

“Para que a vida seja bela, temos que fazer por merecer”

.

“Aprendi a desenvolver um olhar cinematográfico para as coisas corriqueiras do dia a dia”.

“Milhares de pequenas coisas que somadas tornam-se especiais”

“Na vida é preciso aprender a carregar a bandeira”

“O principal: os detonadores de fósforos. Aprendi que a vida é cheia de detonadores, uns secos, outros úmidos. Secando-os todos pegam fogo,. Mas é preciso querer: sem querer nem os secos acendem”

A perspectiva de uma metodologia de ensino prolongada na vida

Com a instalação da linguagem cinematográfica como recurso de compreensão e comunicação, o aluno estabelece uma correspondência entre os temas emergentes das discussões e a própria vida, prolongando-se assim o espaço reflexivo

que chega até situações ordinárias do dia a dia. Aponta-se assim um recurso educacional que ultrapassa o tempo e o espaço das salas de aula acadêmicas, para adentrar-se na vida diária, através de atitudes perante o próprio viver. Surge um meio que pode incitar na procura continuada da formação pessoal.

“Aprendi a ficar atento para a vida; não ligar o “piloto automático”.

O cinema e as artes são excelentes detonadores para a vida

Os filmes são um concentrado de vida, e por isso é fascinante

Me surpreendi pensando nos filmes depois. Estava atendendo uma paciente e lembrei daquela cena da arte de cuidar.

Fui atrás dos filmes. Muitos já os tinha visto, mas queria vê-los de novo. Alguns assisti-os várias vezes. Outros já tinha visto, mas não desse jeito. Agora o meu olhar fica atento não só aos filmes mas ao dia a dia, às situações que eu enfrento.

A motivação do aluno procurando metodologia

Na avaliação final das discussões, particularmente na parte do projeto desenvolvida institucionalmente, o aluno aponta sugestões metodológicas que surgem das próprias experiências.

“Mostrar aos meus alunos que eles podem fazer a diferença na vida das pessoas. Deixar surgir sentimentos e as próprias experiências do aluno e discuti-las. Sem dúvida perseguiria ativar os detonadores da cada aluno”

“Não sei se estaria preparado para conduzir um curso destes, , mas sem dúvida tentaria chamar a atenção dos alunos para as pequenas coisas da vida Faria

igual, sem medo de apostar no subjetivo para através disso chegar no concreto”

“Há que dar ênfase nas atitudes. Pensar e falar não é difícil. Difícil é mesmo fazer”

“Poderia ser parte de um projeto para “abrir a cabeça” de alunos e professores”

“Faltam artes nas faculdades de medicina. Um projeto como este deveria se divulgar no 2º grau, “para separar a priori o joio do trigo”, para interferir no processo de seleção de candidatos às escolas médicas”

5.6 Integrando resultados: novos paradigmas educacionais.

Como uma sistemática final dos resultados, os alunos apontam atitudes que atingem o próprio docente, e mostram perspectivas de aproveitamento deste recurso e de integração no processo educacional.

Uma primeira advertência seria procurar **uma educação “decodificadora de emoções e aspectos concretos e pontuais”**, que seja capaz de traduzir e embasar teoricamente as questões despertadas pela emoção e pelas exemplos advindos das histórias de vida e relatos pontuais. O processo educacional deve ser focado na “tradução e ampliação” do que o aluno já sente. A motivação que arranca da afetividade parece ser fundamental para o processo. Sem motivação qualquer tentativa de criar fundamentos para atitudes carece do estímulo necessário. Neste contexto, podem se instalar os comentários das cenas, o filme comentado como ampliador de conhecimento, e como recurso de fundamentação teórica.

Aprendi a ver com outros olhos: já tinha visto esses filmes, mas não desse jeito

Aprendi até um modo diferente de assistir filmes.

É consenso entre todos os alunos a necessidade de comentar o filme durante sua projeção^(*). Os comentários simultâneos funcionam como um amplificador temático, e particularmente como um provocador de reflexão. Também é consenso que os comentários não obstam aos objetivos que a experiência se propõe, mas até os facilitam chegando a ser indispensáveis. Poderia pensar-se que comentar o filme induz o aluno para perspectivas que o professor sugere sem permitir uma reflexão espontânea. Os alunos apontam que o importante dos comentários simultâneos não é aceitar a visão do professor, mas sentir-se empurrados a refletir e pensar eles mesmos.

Pensei que teria problemas para acompanhar o filme e prestar atenção aos comentários. Mas não foi assim. O professor estava comentando o que eu mesma estava pensando. Foi uma excelente sintonia

Não se trata de concordar com o que o professor comenta. Há coisas que eu vejo diferente. Mas o importante não é concordar, mas que os comentários provocam e estimulam a reflexão. É por isso que são imprescindíveis.

Com os comentários as coisas ficam claras, é fácil refletir, e depois a gente se surpreende pensando naquilo que foi dito. As cenas voltam à cabeça.

^(*)Deve-se fazer notar que os comentários em paralelo são realizados utilizando um vídeo editado com cenas de filmes legendados, permitindo uma atenção simultânea por parte dos alunos: à trama do filme, e aos comentários do professor. Possivelmente esta metodologia deveria ser modificada quando, por exemplo, se comentam filmes que não têm legenda (dublados), ou se comentam na língua original em que o filme foi produzido. Nestes casos, torna-se mais difícil a atenção simultânea. Algumas experiências realizadas com público de fala inglesa –na Universidade do Texas, com a projeção do vídeo referido no *Roteiro 2*, ou em São Paulo, com professores convidados de USA–mostram que a metodologia deveria ser modificada, não apenas pela concorrência dos comentários com os diálogos dos filmes, mas também em virtude de uma cultura e sensibilidade diferentes.

A motivação do aluno chega pela vertente humanista.

É a dimensão humana que motiva o aluno, e deve amparar a técnica que se pretende ensinar nas escolas médicas, como um facilitador de motivação. O que motiva é sempre o fator vital. E a partir daí, com motivação, que é disposição para acolher os conhecimentos, pode-se começar a edificar.

Escolhi esta matéria para ter motivação e vir na escola às terças de manhã. Algo diferente que me motivasse

Concluindo: Repensar o papel do professor-educador no processo formativo

O acúmulo de dados até aqui relatados, através das vivências dos alunos, integrados em categorias que facilitem o trabalho de análise dos mesmos, conduz no fim das contas, a repensar o papel que o professor, o educador, e a própria universidade tem no processo formativo do estudante de medicina. Repensar o papel significa, em primeiro lugar, uma esmerada atenção a todas as questões que surgem no contexto formativo, pois orientam os modelos utilizados no processo educacional.

Assim, na experiência relatada com o cinema, não é infrequente que os alunos vejam nos filmes aspectos que ele, professor, não tinha detectado antes. Uma primeira aproximação reflexiva deste universo de resultados faz pensar que projetos desta ordem, são capazes de extrair valores do interior da pessoa, que não teriam saído à tona de outro modo. Valores que surgem em forma de questionamentos, de perguntas –de vivências, afinal- que, nascendo como situações concretas saturadas de emoção devem ser orientadas e dirigidas -explicadas- para que possam colaborar eficazmente na educação do futuro médico

Discussão

6. DISCUSSÃO

6.1 UMA REFLEXÃO QUE BUSCA A CONVERGÊNCIA

Os resultados apurados na experiência com o cinema se apresentam em espectro amplo, oferecendo inúmeras perspectivas de desdobramento no âmbito da educação médica. É neste momento que deve entrar em ação o trabalho de síntese, função primordial do pesquisador, para evitar, no meio de resultados variados –próprio das abordagens qualitativas- a dispersão inconclusiva. A descrição detalhada dos fenômenos necessita ser temperada pela síntese das conclusões, permitindo assim o decantar da ciência.

Deve-se, pois, buscar a convergência nas questões abordadas e ampliar a discussão a respeito delas. Fazer convergir não é simplificar, se por tal se entende a mera escolha de alguma das questões mais relevantes. Promover a convergência é construir e sintetizar, de modo que o resultado seja fiel reflexo de todo o processo vivido. Por usar uma analogia, melhor espelha o conteúdo e a própria gênese de uma obra científica um índice bem elaborado, do que a leitura de algumas passagens especialmente significativas. Os trechos de destaque podem servir, sem dúvida, para motivar a leitura da obra, mas é no índice que se pode encontrar a verdadeira síntese do livro em questão.

Cumprido, portanto, escrever neste momento o índice das vivências apuradas nos resultados que permitirão a reflexão sobre elas, numa discussão estruturada e lógica. Dito de outra maneira: quais são os grandes temas que a experiência do cinema no contexto educacional revela? Cada um destes grandes temas será, por direito, um capítulo sobre o qual se centrará a nossa reflexão. E como estamos num trabalho de síntese, caberá nesta discussão final relacionar estes capítulos com a fundamentação do trabalho de pesquisa e com as razões motivantes. Uma unidade lógica que é essencial para a coerência da pesquisa e contribuir ao progresso da ciência.

O **primeiro grande tema** revelado pela experiência do cinema diz respeito ao papel do estudante de medicina, que se mostrou um papel ativo, questionador, cheio de interrogações vocacionais e de expectativas referentes ao seu próprio processo formativo, como futuro médico e como pessoa. O **papel do estudantes, o ser estudante**, está inseparavelmente vinculado, como a outra face da mesma moeda, ao **papel do educador**, seja o professor, o modelo, ou a própria instituição universitária. É nesta interação que o estudante pode aprender a desempenhar o seu papel. A usina dos médicos é a escola médica, cabendo a ela repensar a sua função na formação dos estudantes que pretendem ser médicos. Neste sentido parece lógico e necessário dedicar um capítulo da discussão a **pensar na missão da Universidade, com a perspectiva da formação do estudante para a sua futura profissão**, pois é somente neste contexto que o estudante poderá construir sua identidade como médico, e desempenhar satisfatoriamente o seu papel.

O **segundo grande tema** que emerge nos resultados é relativo ao **universo do estudante**, onde se encontra o complemento necessário para o tema anterior. De nada serve repensar o papel da escola médica e da Universidade como formadores, se não se conhece o universo do aluno. Faltará diálogo porque faltará uma linguagem comum sobre a qual se possa edificar e educar. Esta necessária **sintonia de linguagem** passa de algum modo pelo amplo domínio das emoções e da afetividade do estudante, assim como da cultura de onde procede, e da educação que recebeu antes de chegar à faculdade de medicina. **Conhecer melhor este domínio afetivo e**

cultural, em verdadeiro esforço de compreensão, é condição necessária para entender-se, e será o conteúdo do segundo capítulo.

Finalmente, reúnem-se no **terceiro grande tema** as questões reveladas com a experiência e que estão **especificamente vinculadas à natureza da própria experiência**. São questões onde o cinema entra, não apenas como um facilitador que provoca a reflexão, como é o caso dos dois capítulos anteriores. Neste caso, é o modo cinematográfico, a metodologia, que traz questões próprias para a reflexão e que pedem um natural desdobramento. Será pois um capítulo que pela **necessária reflexão sobre a metodologia estará mais vinculado a uma linha de pesquisa**, e poderá desencadear trabalhos posteriores que ampliem esta reflexão. Um capítulo que, não sendo mais importante do que os outros, reúne o poder de síntese das conclusões da presente pesquisa: **o cinema como recurso educacional**.

6.2 A MISSÃO DA UNIVERSIDADE: EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.

A experiência com o cinema revelou todo um conjunto de questões que já tinham sido levantadas na descrição do encontro com o aluno, e apoiadas por abundante literatura referente à educação médica. Uma experiência que **confirma e amplia a perspectiva sobre o universo do aluno**, através de uma metodologia que torna mais claros e explícitos os conteúdos desse universo do futuro médico.

As diversas vivências com o cinema proporcionaram um **espaço apropriado para a discussão**, onde o aluno pudesse expor seus questionamentos, dilemas e expectativas em relação ao seu próprio processo de formação. Com naturalidade, e ao mesmo tempo, com a seriedade que um contexto educativo proporciona –curricular ou não, mas em qualquer caso oficialmente educativo- as interrogações e dúvidas do aluno fluíram livremente, em diálogo aberto e franco. A dimensão humana na formação, a percepção das carências relacionadas com este tema e a necessidade de modelos que facilitassem o seu aprendizado, foram as questões que as discussões dos alunos ventilaram.

Através desta experiência, **deu-se voz à interioridade do aluno**, permitindo emergir questões de fundo vocacional através das histórias de vida que exemplificam e apontam as necessidades formativas reais que a escola médica deverá atender. Necessidades de uma formação que, conforme os próprios alunos constatarem, deve contemplar simultaneamente o desenvolvimento profissional específico e o seu crescimento como pessoas. Impõe-se pois, num primeiro momento, uma **reflexão sobre o próprio processo de formação e a missão da Universidade** e da escola médica à luz das advertências que nos chegam do aluno.

Como pode a Universidade atender estas necessidades reais de formação que o aluno aponta? Responder a esta pergunta exige antes formular uma outra questão inseparável: a escola médica está, de fato, formando o profissional que pretende?

Para tal, deve-se supor que o perfil deste profissional pensado pelas faculdades de medicina, está bem delineado. E ainda cumpriria acrescentar que deverá tratar-se de um profissional que sabe adequar-se às necessidades da sociedade, quer dizer, alguém de quem a sociedade precisa, pois é assim que a Universidade serve a sociedade. É fácil notar a complexidade –e a enorme amplitude- destes temas agora em pauta, que ultrapassam de longe os objetivos do presente trabalho. Centraremos a discussão nos aspectos relativos ao processo formativo, como contribuição específica para o esclarecimento destas questões.

ORTEGA (1930), na sua importante obra “A missão da Universidade”, nos brinda uma série de considerações que podem ser de grande ajuda na nossa reflexão, pela sua palpitante atualidade. **Qual é a missão da Universidade?** Em que consiste a educação que nela se oferece?. Esta é a pergunta inicial que orienta todo o ensaio filosófico. E o autor responde: a educação universitária consiste em ensinar uma profissão e promover a investigação científica, preparando futuros pesquisadores. Profissionalismo e pesquisa científica, compõem o duplo objetivo da formação universitária, como facilmente se pode observar. Mas, aprofundando nas suas indagações, o autor pergunta se não haverá algo mais que o universitário deve aprender. Um olhar atento descobre um conjunto de conhecimentos que teoricamente se exige ao estudante, e nem sempre se lhe oferece no processo de formação: um universo pouco definido, como um vestígio de saber, subordinado ao nome de “cultura geral”.

Em perspectiva histórica, o autor faz notar um contraste que é, na verdade, um paradoxo. Compara o peso que essa cultura tem no processo educacional dos nossos dias –quase um elemento ornamental - com o que tinha no início da instituição universitária, há mais de oito séculos. Naquela época pouco havia de profissionalismo e a investigação não era conduzida como nos dias de hoje. Quase tudo o que se pretendia ensinar era justamente o que hoje denominamos “cultura geral”: filosofia, artes, religião, teologia. Mas para a Universidade este corpo de conhecimentos nada tinha de “geral” no sentido estreito do termo. Era simplesmente **cultura, entendendo-se por tal, o sistema de idéias sobre o mundo, sobre a**

vida, sobre o ser humano e a humanidade, que auxilia na postura que se deve adotar a cada momento para simplesmente viver, e assumir as atitudes oportunas. A cultura era e continua sendo, na opinião deste autor, o conjunto de idéias a partir das quais se vive, e que vêm a ser como o chão que suporta nossa existência.

Parece natural que o autor se pergunte, como se pode pretender formar verdadeiros profissionais e investigadores que carecem dessa postura diante do mundo, do equacionamento da própria vida. Carecem dela porque ninguém lhes mostrou o caminho do aprendizado, porque a Universidade não se preocupou com este aspecto essencial da sua formação. E as conseqüências podem ser altamente nocivas, já que a instituição universitária estaria habilitando profissionais que quando tenham de sair da estreita matéria do seu conhecimento profissional, atuarão com a ignorância de quem não é culto. E conclui: “Não podemos viver humanamente sem idéias. Delas depende tudo o que fazemos. Cultura não é ornamento, mas é o que salva do naufrágio vital, e o que permite ao homem viver sem que a sua vida seja tragédia sem sentido ou radical envilecimento”

Progredindo em suas considerações ORTEGA, se interroga sobre o porquê da atividade docente, do ensino universitário. Por que se ensina e o que se pretende ensinar? Em outras palavras: **o que é possível ensinar na Universidade?** A pergunta encerra uma realidade que, hoje em dia, 70 anos depois deste ensaio filosófico, assume maior atualidade pelo natural progresso científico. O princípio da economia de tempo é –segundo Ortega– o que norteia o corpo de conhecimentos que deve ser ensinados na Universidade. A escassez de tempo frente ao volume de conhecimentos existentes conduz inevitavelmente a fazer uma escolha do que realmente poderá ser ensinado durante os anos de formação universitária. Torna-se **preciso delimitar o que se pode ensinar**, e o que os estudantes têm de saber, através da **definição de prioridades**.

Neste ponto a contribuição de ORTEGA é de uma clareza contundente: “**A Universidade deve ser a projeção institucional do estudante**”. O que equivale a dizer que são as necessidades do estudante o fator que definirá as prioridades, e com

elas o corpo de conhecimentos que deverá ser oferecido pela Universidade. A Universidade é para os estudantes, não para os professores. Assim foi na sua origem, e este princípio é a alma do espírito universitário: estudantes que pedem ajuda para serem formados. A organização curricular universitária não deve, pois, partir do volume do saber (tudo o que se poderia ensinar), nem mesmo dos professores (do que eles sabem, do que particularmente consideram importante, ou dos conhecimentos que significativamente dominam), mas das **necessidades do aluno** que ORTEGA resume em dois princípios básicos. O primeiro é atender o que é estritamente necessário para a vida efetiva do homem que hoje é estudante, e amanhã será um profissional. O segundo, ainda mais restritivo no estabelecimento de prioridades, consiste em escolher dentre estes conhecimentos aqueles que de fato o estudante é capaz de aprender com eficácia.

Estabelecido o papel da Universidade na formação cultural do estudante e no preparo efetivo da profissão que pretende desempenhar, ORTEGA aborda o tema da Pesquisa, cuja promoção é também tarefa da Universidade. Fazer do universitário um bom profissional, com cultura, não significa necessariamente que tenha de ser um cientista, um pesquisador. A Universidade descobre vocações científicas, mas não é o seu primordial objetivo fabricar cientistas. O autor faz notar que a ciência –e por ciência entende pesquisa científica- é tarefa séria, que envolve a vida; por isso, para ser cientista se requer uma vocação, tão específica, como para ser médico, advogado, filósofo. Não é pesquisa científica aprender uma ciência nem ensiná-la. Pode ser conveniente que quem ensina seja um cientista, mas não é em absoluto necessário: tem, sim, de ser um bom professor daquela ciência, já que uma coisa é investigar e outra saber. Para ensinar bem, é preciso saber, e não necessariamente ter chegado pelos próprios meios a esse saber.

Esta distinção torna-se particularmente importante quando é o futuro do estudante o que está sendo definido. Assim, o autor considera que pretender que o estudante seja um cientista –quando na verdade entrou na Universidade por outro motivo- é projeto insensato. É preciso **distinguir o ensino profissional da investigação científica**, e não confundir os termos. Sem dúvida o aprendizado de uma profissão supõe adquirir o conteúdo específico de muitas ciências, mas apenas o

conteúdo, não a investigação das mesmas. O estudante é um aprendiz de uma profissão; no caso do médico –o exemplo é ilustrador- da profissão de curar. Mas não é um aprendiz de cientista. Se tem vocação de médico, não a tem de cientista. É preciso distinguir e descobrir as verdadeiras vocações. E conclui textualmente: “Tem sido desastrosa a tendência que levou ao predomínio da pesquisa na Universidade. Ela tem sido a causa de que se elimine o principal: a cultura. Além do mais resultou em não cultivar intensamente profissionais ‘ad hoc’. Nas faculdades de Medicina aspira-se a ensinar fisiologia hiperexata ou química estrambótica, mas talvez ninguém se ocupa a sério em pensar o que é hoje ser um bom médico, qual deve ser o tipo de modelo do médico atual”.

As considerações finais de ORTEGA sobre o tema da Pesquisa Científica na Universidade, trazem textualmente exemplificados aspectos relativos ao ensino da Medicina, e portanto, verdadeiramente oportunos. Comenta o autor que o ensino da profissão na Universidade, deve tomar da ciência aquilo que lhe aproveita sem perder de vista o seu objetivo último: formar um bom profissional, prepará-lo para a atividade futura. Por exemplo a Medicina não é estritamente ou apenas uma ciência, mas primordialmente uma profissão com atividade prática, que se propõe curar ou manter a saúde na espécie humana. E, para bem desempenhá-la, toma da ciência aquilo que lhe aproveita, sem confundir-se com ela. E afirma textualmente: “Nos últimos anos a Medicina se deixou envolver pela ciência e, infiel à sua missão, não soube afirmar devidamente o seu ponto de vista profissional. Cometeu o pecado comum a toda essa época; não aceitar seu destino, olhar de esguelha, querer ser outrem –neste caso, querer ser ciência pura.”

Neste convívio a três –cultura, profissão e pesquisa científica- está situado o cenário da formação universitária que tem de ser continuamente repensado. A ciência, quando entra no âmbito profissional, deve aprender a desarticular-se como ciência para ser técnica que ajuda na formação competente de um bom profissional. Com a cultura e a ciência dá-se um dilema semelhante. Muito do que a cultura tem, provém da ciência, mas não é tudo ciência. Esclarecimento importante que marca a diferença do pensamento do cientista que se revelou na metade do século XIX, que

pretendia fazer do seu limitado saber o objeto único do conhecimento humano. Por isso, a cultura faz com a ciência o mesmo que já dela faz a profissão: tirar dela o que é vitalmente necessário para a existência. Mas o tempo e o ritmo de ambas são diferentes. A ciência é metódica, não tem pressa, sabe que o progresso científico não pode ser catalisado no tempo, e trabalha com perspectivas a longo prazo, que garantem sua seriedade, afastando-a do imediatismo do pseudo-cientista. Mas a cultura é instrumento para a vida, que é sempre urgente: “a vida nos é disparada à queima-roupa” –conclui Ortega.

A experiência do cinema nos aproxima, pois, das necessidades formativas do aluno, que se tornam mais claras através das vivências descritas, e nos fazem repensar o papel da Universidade, sendo as considerações apontadas por Ortega uma verdadeira orientação sistemática nesta reflexão necessária. Os desdobramentos desta conclusão primordial apontarão futuras linhas de pesquisa para atender as necessidades formativas do aluno que esboçaremos de modo sumário.

Formação Pessoal e Processo de Aprendizado

A reflexão sobre educação médica é de fundamental importância para a formação do estudante de medicina. Perguntar-se o que é preciso ensinar e, ao mesmo tempo, o que está de fato sendo aprendido pelos acadêmicos, é pauta de elementar sensatez no processo educacional. Educação é via de mão dupla onde os objetivos precisos do educador devem encontrar correspondência estreita nos conhecimentos adquiridos pelo educando. Simultaneamente, o resultado do processo deve servir como base para uma análise acadêmica, melhorar a metodologia de ensino e atender de modo real as expectativas de aprendizado.

Durante os anos da formação acadêmica o estudante de medicina depara-se com uma ampla gama de saber que é novidade. Com o avanço científico, é possível que o despertar para os novos conhecimentos por parte do estudante, seja monopolizado pelo progresso tecnológico em detrimento de outros aspectos de equivalente importância na sua profissão futura.

Os médicos habitam, simultaneamente, dois mundos diferentes: de um lado o mundo da racionalidade, do poder tecnológico e da perpétua renovação científica; do outro o mundo dos sentimentos, dos valores e significados que a doença e o paciente nos oferecem, de contornos muito menos definidos. (STEPHENS, 1992). **O processo educacional deveria provocar no acadêmico uma preocupação** que não se esgote em apenas obter informações técnicas, mas também o habilite para, firmando os conceitos do que é ser médico e a serviço de quem está a medicina, fazer dele um profissional ético e preocupado com as pessoas à volta.

A consideração de outra realidade vem reforçar esta necessidade particular. O estudante de medicina é geralmente, um jovem, ainda em formação como pessoa humana. A universidade que pretende habilitá-lo para o exercício da futura profissão, não pode estar desatenta a questões que, se não são peculiares da profissão médica, são comuns ao ser humano em processo de formação. Assim, as indagações e dilemas do aluno não podem ser esquecidos no processo formativo, e deve-se **proporcionar caminhos de reflexão** para abordar estes temas que são de cunho amplo, humanístico, mas nem por isso alheios ao universo de um futuro médico.

Não se trata de menosprezar ou diminuir a importância da carga teórica e técnica médica, imprescindível para a formação do acadêmico, mas sim de complementá-la. Desta maneira, o estudante poderá entender o processo pelo qual está passando e dar a importância devida a cada um dos passos integrantes deste processo: desde as cadeiras básicas até o internato médico. O que poderíamos denominar, de modo amplo, o fator humano no ensino médico teve seu espaço gradativamente reduzido. Procura-se informar dos progressos científicos – certamente necessários – enquanto o humanismo, como componente da formação acadêmica, permaneceu estagnado. (SIEGER et al., 1987; MAHEUX et al. 1990).

Responder a esta exigência não consiste num simples apelo ao passado, reavivando modelos de personagens que se destacaram pela sua atuação técnica permeada de humanismo, e que hoje resultariam anacrônicos. Não basta apenas

evocar situações de outrora, embora se deva aprender com elas. É missão da Universidade **criar espaço para um humanismo moderno**, com um balanceamento real entre o conhecimento técnico dos nossos dias e uma atitude humanística atualizada (ROBB, 1985).

Torna-se necessário perguntar se o ensino médico tal como nos é apresentado hoje em dia, é capaz de formar profissionais aptos para lidar com a vida humana, no seu completo contexto. E cabe perguntar, conseqüentemente, se são abordados e estimulados pelos atuais docentes, aspectos essenciais que poderão fazer do estudante de medicina um bom médico. No dizer de ORTEGA (1921), “aspectos pedagógicos pouco freqüentados”, mas de fundamental importância na formação da pessoa que virá a ser médico.

Melhorar a educação médica desdobra-se num duplo contexto que atinge a própria estrutura da escola médica. Conforme apontam HEKELMAN e BLASE (1996) **o modelo do bom educador corre paralelo ao do bom médico**, pois se requerem qualidades análogas para desempenhar ambas tarefas. Dedicar atenção ao aluno é, ao mesmo tempo, ensinar ao estudante como deve dedicar-se ao seu futuro paciente. De igual modo, o professor que não consegue dar o suporte necessário para as solicitações dos estudantes, dificilmente saberá fornecê-lo ao paciente. Assim aluno e paciente convertem-se num objetivo comum do médico-educador. Formar médicos melhores é, também, preparar futuros professores capacitados para desta maneira dar continuidade ao processo educacional. Torna-se evidente a necessidade de intervir no núcleo do próprio processo formativo universitário, já que o modelo representado pelo docente tenderá a perpetuar-se – positiva ou negativamente – nos médicos cuja formação lhe for encomendada. Projetos que modifiquem, melhorando e complementando o próprio processo, podem vir a colaborar nesta importante tarefa.

Foi comentado na fundamentação do presente trabalho, na descrição do encontro com o paciente, que é preciso **diluir a técnica em humanismo** para que o paciente entenda, colabore, e enfim, se torne interessado em ajudar, e se deixe ajudar. Caberia um paralelismo análogo da postura que o professor deve assumir frente ao

aluno: também é preciso utilizar-se do humanismo para motivar o aluno para o aprendizado total da profissão, incluídos naturalmente os aspectos técnicos. O estudante motivado poderá colaborar ativamente no seu processo de aprendizado. Deste modo vai-se ao encontro dos dilemas que o aluno apresenta na escola médica que são, na maioria, de caráter humano.

Utilizar-se do **humanismo para educar** é, em primeiro lugar, **apresentar ao aluno as realidades humanas**, tal como elas são, quer dizer, o próprio paciente. Colocar o aluno em contato com o paciente, desde o primeiro momento da sua formação, e permitir que, de algum modo, acompanhe este paciente nos anos universitários é um recurso apontado pelos estudiosos do tema como extremamente útil. (BRANCH et al, 1991). Deste modo o estudante pode rever os seus valores, e discutir as dúvidas de postura e atuação, e abordar na prática questões que lhe lembram sua função vocacional. Cabe à escola médica facilitar esta possibilidade humanizante, instalando-a no espaço curricular de formação.

A partir daí, ganha novo relevo a proposta de RUBENSTEIN e TALBOT (1992), também já citada anteriormente: **comprometer o aluno no processo educacional** e nos próprios objetivos que o estudante aponta como necessários. É o núcleo do *discovery teaching* onde o professor é um facilitador de aprendizado diante dos objetivos que o aluno propõe como essenciais para sua formação. Cria-se deste modo, no aluno, a necessidade de conhecer, alimenta-se a motivação, e torna-se o aluno protagonista do processo educativo.

Deste modo a escola médica estaria promovendo uma formação que iria ao encontro das necessidades apontadas pelo aluno. **Educação é mais do que simples treino**; é, principalmente extrair valores do interior, da condição e das possibilidades humanas. Não apenas plantar e incutir conceitos, mas aproveitar o que já se tem, facilitando a reflexão e a explicitação destes conhecimentos: algo que tem uma origem antiga, na maiêutica de Sócrates. Um verdadeiro dar à luz os conhecimentos, ou preferindo um termo atual, um conhecimento construído.

Formação Profissional Integral como Médicos

Se é função da Universidade, e portanto da escola médica, **preparar o estudante para exercer uma profissão**, pode agora perguntar-se qual é o perfil desejado neste profissional; em outras palavras: qual é o médico que a Universidade pretende formar. Uma discussão ampla desta questão, ultrapassa os objetivos do presente trabalho além de situar-se num terreno que mereceria uma atenção especial antes de se emitirem opiniões sobre ela. O consabido dilema de se a escola médica deve priorizar a formação geral do médico ou a formação de especialistas, é tema cuja abordagem não cabe neste momento.

Podemos afirmar, não obstante, que é missão da Universidade zelar pela qualidade na formação acadêmica, sem se deixar invadir por correntes ou modas ditadas por interesses partidários. Naturalmente isto não se consegue com um isolamento da realidade social, mas sim preparando os profissionais para que **desempenhem e atendam as demandas sociais reais**, de modo competente, acadêmico, atualizado e moderno.

Assim, as escolas médicas não podem caminhar na contramão da história e das necessidades reais de saúde que a sociedade possui. Deve a universidade esforçar-se por compreender essa realidade que se lhe apresenta, estudá-la com metodologia científica própria e incorporar os resultados do seu estudo para formar os profissionais habilitados que colaborarão num verdadeiro serviço à sociedade. Deste modo a Universidade, e em particular as escolas médicas, influenciarão o próprio atendimento médico – em todos os âmbitos – de modo construtivo, sem perder o caráter científico, de educação e pesquisa, que deve caracterizar a instituição universitária.

Destas breves considerações pode-se deduzir, que seja qual for a prioridade formativa que a escola médica adote, deve **comprometer-se**, pelo menos, **na formação integral do médico, isto é, em preparar um profissional que estará apto a lidar com a situação real que a sociedade lhe apresente**. Dentro deste

universo social, a função do médico será variada para atender a diversidade de solicitações. Destas necessidades sociais umas, a maioria, serão de caráter geral caracterizando assim a denominada atenção primária à saúde; outras, específicas, precisando do concurso de especialistas para sua satisfação. Respeitar a proporção real do que a sociedade necessita é um compromisso que a Universidade deve assumir e cumprir no seu processo educacional.

Parece lógico deduzir que a função da escola médica seria atender, em primeiro lugar, as solicitações mais comuns e freqüentes, através dos médicos que habilita, para que possam lidar com as doenças mais prevalentes na população alcançando a resolutividade desejada. A formação dos especialistas para atender questões específicas seria um segundo passo, também importante, na preparação dos médicos para as demandas sociais.

Uma **preparação adequada, durante a graduação, para a atenção primária** dos problemas de saúde, onde também se contemple a construção de atitudes, postura, e hábitos de vida na educação do futuro médico, aparece assim como um **objetivo lógico e proporcional do compromisso universitário com a sociedade**. Esta formação integral do médico durante os anos de graduação permitirá a posterior especialização de alguns médicos –tantos quantos a sociedade precise– sem que se omitam elementos essenciais ao longo do processo educacional.

Os **benefícios educacionais da formação em atenção primária à saúde** foram amplamente discutidos na fundamentação do presente trabalho, assim como a metodologia empregada em Medicina de Família para atingir este objetivo educacional. Assim, foram anteriormente citados, o aprendizado centrado no paciente e no seu contexto, a apuração das evidências provenientes da pesquisa científica fazendo-as chegar até o paciente em forma compreensível –verdadeira educação do paciente–, todos eles, elementos presentes no cotidiano do médico. O amplo universo das relações humanas –força humanizante que ensina o aluno e o mantém na perspectiva humana que deseja– através da construção do vínculo, e da confiança que preside o relacionamento médico-paciente, foram também apontados

como elementos educativos que colaboram na formação integral do médico, especialmente presentes nos contextos de atenção primária à saúde. Valeria, ainda, citar a utilização racional de recursos diagnósticos e terapêuticos, e a resolutividade com otimização de gastos como aspectos em que a atenção primária pode colaborar, de fato, com o processo de educação médica (FINCHER et al. 1994; MUSHAM e CHESSMAN, 1994; ROSENTHAL et al. 1996)

Nas considerações expostas não existe descaso para as diversas especialidades médicas, nem mesmo para a pesquisa científica. Apenas se enfatiza a importância de que a graduação médica confira um **espaço formativo proporcional – e o correspondente peso curricular- às necessidades reais apontadas pela sociedade** durante os anos de formação médica. Formar integralmente o médico é prepará-lo para servir a sociedade naquilo que ela precisa. A atenção primária, as especialidades, ou a pesquisa científica serão variedades de serviço que o médico poderá prestar uma vez garantida a integridade da sua formação e da sua consciência profissional.

Os modelos como recurso educacional.

Cabe, finalmente, um último comentário que as necessidades formativas do aluno apontam: a importância dos modelos como um meio de aprendizado. Conforme o estudante indica, é através destes modelos que, na prática, se torna possível incorporar as questões anteriormente comentadas: a formação como pessoa, e a formação profissional integral.

Saber **desenvolver atitudes pertinentes**, adaptando-se ao paciente individual que requer atenção médica – acomodar a ciência ao caso concreto – é com frequência considerado fruto de habilidades pessoais, a modo de carisma, e por tanto não passível de ser ensinado. No entanto, os pesquisadores centrados nesta questão apontam este **aprendizado como possibilidade real**, e sobre o qual é possível desenvolver pesquisas, sempre que haja uma metodologia própria (SHAPIRO et al, 1994). A interação professor-aluno no contexto do atendimento primário e com a

metodologia empregada em Medicina de Família é destacada como benéfica no processo de aprendizado.

A história nos mostra que é possível aprender atitudes, técnicas e a própria arte, vendo alguém agir. Como também foi comentado anteriormente, o exemplo das corporações de ofício, no século XII, representaram um modelo clássico onde o aprendiz se instruía junto do mestre, vendo-o atuar, e trabalhando junto com ele. Incorporava assim, não apenas uma técnica, mas verdadeiros estilos, que são modos de olhar e apreciar a realidade. E destes modos de olhar, como natural continuidade, surgiam as escolas, que vinham a ser perpetuação de ciência, arte, verdadeiras perspectivas de vida. A universidade, na sua gênese histórica, está também estreitamente aparentada com as corporações de ofício.

Essa metodologia artesanal de ensino-aprendizado – que diariamente contemplamos no âmbito familiar – é um exemplo que, como toda experiência positiva, a Universidade deve de algum modo contemplar e procurar incorporar em moldes modernos. Um aprendizado com sistemática e metodologia própria, atualizada, onde o conhecimento teórico e o modo de aplicá-lo caminham de modo simultâneo, tendo como contexto a vivência própria e real do dia a dia.

O relacionamento professor-aluno poderia adquirir neste contexto novas dimensões. As freqüentes trocas mútuas, por ocasião da discussão que o atendimento dos pacientes propicia, permitiriam ao aluno levantar questões de grande amplitude que habitualmente não há oportunidade de ventilar nas aulas acadêmicas. Assim, desde condutas terapêuticas concretas, valores éticos, postura profissional nos casos determinados, até indagações e dúvidas de caráter pessoal teriam espaço para serem expostas de maneira clara e sem constrangimentos. Criar-se-ia um ambiente onde uma **verdadeira tutoria acadêmica** poderia ser exercida, com a naturalidade própria do processo de entrosamento mútuo. O aluno ilustrar-se-ia também com as dúvidas que certamente percebe -e mesmo comenta- na pessoa do médico-educador, tornando-se por sua vez, mais receptivo às indicações e sugestões de melhora que lhe chegam do professor. O comprovar que a dúvida, as dificuldades e resultados

adversos, bem como o sentimento de impotência fazem parte da própria atividade profissional é elemento formativo para o aluno.

Igualmente é através dos modelos e do exemplo do professor que o aluno percebe a importância de individualizar cada paciente, quando observa que são dadas soluções diferentes, em tempos diferentes e com hierarquia distinta, em resposta aos mesmos questionamentos do paciente. A conversa que o aluno interpreta como amenidades -temas não médicos- é vista como parte integrante na construção do vínculo, que é relacionamento entre duas pessoas em que a doença é apenas motivo para troca profissional; e a vida nunca se esgota na doença, no estar doente. A ordem e o gerenciamento das múltiplas tarefas e solicitações, a ponderação de cada imprevisto, são também tema de reflexão do aluno quando vê o médico decidir. Estas considerações aqui apontadas, facilitam ao aluno o entendimento de que não é possível separar a formação médica da formação pessoal.

Cumprindo ainda comentar brevemente, a **colaboração que a Medicina de Família**, com a metodologia que lhe é própria pela sua dupla vertente profissional –atendimento primário e interesse no processo de educação médica – pode prestar em projetos deste teor incorporados na graduação médica. Através deste contexto, o aluno aprenderá como se estabelece contato com o paciente –que procura um médico em atenção primária, –e isso independentemente da doença que o afeta-, que deve ser a porta normal de acesso ao serviço de saúde de quem está doente. Este primeiro contato não traz ao aluno informações sobre especialidades específicas mas sim a possibilidade de aprender como se comportar e como conduzir qualquer consulta médica. Permite ao aluno o aprendizado na construção de um vínculo real e profissional com o paciente, por ser prática habitual o acompanhamento longitudinal dos pacientes, em história biográfica, inserida no seu contexto sociocultural e familiar. O conhecimento da individualidade do paciente -saber quem é e como se comporta aquele que está doente- mostra-se ao aluno como recurso diagnóstico e terapêutico eficaz, permitindo o gerenciamento competente do caso. O estudante percebe que uma necessidade do paciente deve ser, em qualquer caso e a todo momento, salvaguardada: a certeza de que alguém está assumindo o cuidado com

ele, ajudando-o na sua doença. A colaboração peculiar da sistemática da Medicina de Família atuaria como um **despertador de atitudes no educando** já que visa, em primeiro lugar, ser um elemento unificador na desorientação que a doença causa no paciente.

O conjunto de experiências que decorrem do **contato com os modelos** que são exemplo educacional tem uma tradução de cunho pessoal no estudante: **aumento da motivação**. O aluno é levado a estudar e pesquisar como consequência natural do contato com o paciente, com quem se está criando um vínculo, no desejo sincero de ajudar. Isto faz com que o aluno – junto ao médico-educador – procure o melhor modo de cuidar, a evidência que interessa ao paciente.

Os modelos como recurso de aprendizado, não são privilégio da educação médica; são antes, o modo habitual de adquirir conhecimentos e de educar na vida. **Aprender com o exemplo traz consigo a solidez de quem assimila atitudes e não simples conhecimentos teóricos**. E, na identificação com o modelo, o estudante se faz por si mesmo exemplo também, para os seus pares. Configura-se assim um processo de continuidade e de compromisso no âmbito educacional, em que o aluno é parte ativa no itinerário da própria formação. O estudante cresce deste modo em paralelo com a responsabilidade que lhe cabe: saber atender as necessidades formativas dos futuros estudantes, fazer da sua postura universitária uma verdadeira projeção institucional do estudante.

6.3 O UNIVERSO DO ESTUDANTE: UM ESFORÇO DE COMPREENSÃO.

A única maneira de compreender integralmente o próximo
é esforçar-se por reconstruir e adivinhar sua paisagem
o mundo para o qual se dirige, e com que está em diálogo vital.
Ortega y Gasset

A experiência do cinema, que nos aproxima –ampliando-as- das necessidades formativas do aluno nos conduziu, no capítulo anterior, a repensar o papel da Universidade. O resultado foi uma discussão sobre como a escola médica poderia atender as solicitações que o aluno torna explícitas neste espaço vivencial de reflexão contextualizado pela produção cinematográfica.

Sabemos, pois, o que deve ser feito, ou pelo menos, caminhos para pesquisar e implementar soluções. Cabe agora perguntar-se o modo como isso poderia ser feito. Para tal, é necessário conhecer o mundo do nosso interlocutor, do estudante. Mais uma vez ORTEGA (1981) nos adverte que para se entender bem, não basta conhecer a língua, mas é preciso um mútuo conhecimento entre os que conversam. Não basta falar um idioma comum, é também necessário conhecer com quem se está conversando. E acrescenta: “A realidade da linguagem não é a figura abstrata e nua que dela nos oferecem o vocabulário e a gramática, mas a novidade constante, a variação permanente que experimenta uma mesma palavra no diálogo de homem a homem, na viagem sempre nova de tal lábio a tal ouvido”.

O mundo do estudante, possuidor da riqueza própria de um ser em formação, revela nas vivências com o cinema **dois aspectos particularmente importantes no contexto educacional:** por um lado **a dimensão afetiva e a participação das emoções;** por outro, a **facilidade para prender-se no concreto,** no plástico, representado pela imagem e pelas histórias de vida. Analisaremos ambos os aspectos para, aprofundando no conhecimento do universo do estudante, ganhar maior compreensão da pessoa do aluno e sintonia com sua linguagem peculiar. Cumpre

adiantar, aliás, que neste campo, onde as experiências com o cinema, se mostraram particularmente úteis, podem despontar desdobramentos de futuras pesquisas no campo da educação médica.

A dimensão afetiva e a participação educacional das emoções

“As pessoas gostam de sentir;
seja o que o for, mas sentir”
Virginia Woolf

Os resultados apurados da experiência com o cinema revelaram a importância que os alunos dão à dimensão afetiva no seu processo formativo. As emoções devem portanto ser contempladas pelo educador, por tratar-se de elemento fundamental na apreciação do educando, que é com certeza uma porta de entrada para compreender o universo do estudante.

A dimensão afetiva está representada por diversas manifestações, que a experiência do cinema tornou também transparentes. Assim, os questionamentos e dúvidas levantados nas discussões decorrentes da interação com as produções fílmicas, estão ancorados no âmbito emocional, e pedem oportunidade para serem trabalhados. Fica deste modo estabelecida uma premissa inicial na nossa reflexão: as emoções do aluno não podem ser ignoradas. Saber conhecê-las melhor, assim como as suas manifestações para poder lidar com elas, é o objetivo da presente discussão.

RUIZ RETEGUI (1999), na sua importante obra sobre as reflexões antropológicas da beleza, do *pulchrum*, observa que nos aprendizados da vida, **muitas das coisas mais importantes não se transmitem por argumentação, através do raciocínio lógico especulativo**. E o autor nota que os outros caminhos do aprendizado se prendem com o amor que se coloque no processo de educar, porta de entrada que facilita a educação da afetividade.

Não é inútil deter-se, brevemente, nesta consideração que supõe uma **postura de compromisso do educador** e, na opinião de vários autores, uma **condição prévia**

para poder atingir a afetividade que se pretende educar. Assim, OTEROS (2000), faz notar que toda a educação precisa de estímulo e, em se tratando da educação afetiva, o amor à educação tem um papel importante. Anota textualmente o autor: “Sem esse clima de carinho, de amor, a educação não é possível. O desenvolvimento pessoal exige amor. Muitos problemas educativos são problemas de amor insuficiente ou desviado, de desamor, especialmente no âmbito familiar. Em qualquer nível de relações humanas a desconfiança, a duplicidade, a hipocrisia, o ódio, são paralizadores; obstam, com maior ou menor gravidade, ao processo da melhora pessoal”.

De uma maneira frontalmente vitalista, CHOZA (1994) apresenta o saldo real do aprendizado na sua dimensão antropológica. “O tempo e o espaço não se acumulam como formalidades vazias, mas na forma de sentimentos experimentados, pensamento exercido, companhia que se desfrutou, ajuda recebida, ameaças esquivadas, feridas restauradas, cicatrizes ressecas”. Quer dizer, o que resulta do aprendizado não são conceitos frios, perfilados num laboratório desprovido de emoção. Acumulam-se os **conceitos aprendidos vinculados às circunstâncias** que rodeiam aquele que aprende, e das quais ORTEGA (1915) fala freqüentemente, e por vezes denomina paisagem.

O âmbito qualitativo em que foi situado o presente trabalho, permite-nos fazer estas digressões, e até nos obriga de algum modo a fazê-las, já que se trata de construir categorias e explicitar perspectivas a partir das quais se pode compreender, fenomenologicamente, o processo de aprendizado que o cinema contextualiza.

Se o objetivo primordial de um processo de ensino-aprendizado é a transmissão de conceitos, a perspectiva cognitiva deverá reger a metodologia a empregar, de modo que a transmissão de conhecimentos resulte eficaz. O sistema de avaliação também terá de corresponder a parâmetros objetivos onde possa ser apurado o que de fato se aprendeu no decorrer do processo. No entanto, quando o objetivo do processo educacional está primariamente **focado em ensinar atitudes** –o que nos situa plenamente no domínio afetivo do educando- torna-se muito mais difícil estabelecer um sistema de avaliação de resultados, medir “com objetividade” o

que foi aprendido. A própria metodologia empregada para ensinar deverá assumir formas variadas, criativas, para, abraçando o amplo espectro anímico-temperamental do estudante, sintonizar com o universo afetivo do educando, facilitando o processo de aprendizado. Dentro desta variedade metodológica possível, há uma **caraterística que deve ser comum a todas e que o aluno sempre percebe: o interesse real do educador, a vontade de ensinar**, o compromisso de parceria educacional com o estudante. Esta seria a tradução, em objetivos educacionais, do termo amor à educação, *amor a educar*, glosado nos autores anteriormente citados.

JIMENEZ LOZANO (1992), no sua biografia romanceada –certamente imaginada e sonhada- do místico Juan de Yepes –São João da Cruz- conta um episódio esclarecedor. Era grande a fome na Espanha do século XVI, quando Frei João foi destinado à cozinha do convento, para preparar, com as escassas provisões que lá havia, o jantar dos frades. Eis que Frei João, com alguns legumes, conseguiu providenciar uma sopa deliciosa que, além de acalmar a fome dos frades, exalava um aroma fabuloso que se espalhou pela cidade. Lá correram os habitantes pensando que os pobres frades ocultavam, sem dúvida, alimentos raros e se estavam banquetear. Acudiu Frei João à porta do convento, com o caldeirão da sopa, que serviu a todos os que se aproximavam. A fama culinária de Juan de Yepes correu pela cidade e pelas vilas, chegando até o palácio, e a toda pressa foi o frade convocado para preparar um suculento jantar para a nobreza. Acedeu Frei João ao pedido, e, chegando à cozinha encontrou-a repleta de viandas variadas e riquíssimas: codornas e perdizes, porcos e galinhas, variedade de frutas e legumes. Frei João, cujo repertório culinário era por vocação e por escassez estreito, foi pondo de lado toda a variedade, dizendo que de nada daquilo precisava –possivelmente, porque não saberia o que fazer com tamanha abundância. E separou os legumes, algumas couves, e uma porção de hortaliças para providenciar a esperada refeição. A sopa de Juan de Yepes conquistou a nobreza, e as damas, curiosas, acudiam até a cozinha para conhecer o segredo e tentar arrancar a receita ao pobre e surpreso frade. E, aos pedidos insistentes de duquesas e condessas, frei João replicava, uma vez e outra que não havia receita, nem poderia havê-la. Somente havia *amor de guisar*, amor ao cozinhar!!

RUIZ RETEGUI (1999) trata amplamente do tema das emoções no contexto educacional. Com perspectiva histórica, faz notar como o culto à estética surge, nos dias de hoje, desvinculado dos valores próprios do ser –transcendentes, em linguagem filosófica- aos quais sempre esteve atrelado. O belo, que nos clássicos, permanecia unido ao bom, ao verdadeiro, parece hoje ter independência, existência própria, sem querer atender aos critérios de bondade e de veracidade. Não será um risco –pergunta-se o autor em provocação que está na mente de muitos educadores-, pretender educar apenas a sensibilidade, ancorar-se na estética, quando os outros valores –o bom, o verdadeiro- se encontram dispersos, diluídos em ambiguidade, são conceitos estranhos para o universitário de hoje? Não seria este um ensinamento fictício, superficial e epidérmico, que não atingiria o núcleo do educando para promover atitudes duradouras e maduras?

O autor responde a esta questão: a educação através da estética, que atinge as emoções e a sensibilidade **não é uma tentativa de ancorar na emotividade os valores e atitudes que o estudante deveria assimilar**. Trata-se apenas de suscitar uma reflexão, que pelo desuso, dificulta muito mais a incorporação de valores e atitudes. Pode-se assimilar um conhecimento técnico sem refletir sobre ele, apenas como treinar uma habilidade; mas é impossível adquirir valores, progredir em virtudes, adotar atitudes, sem um prévio processo de reflexão. É justamente **desencadear este processo de reflexão, mediante recursos próximos do estudante**, o que se pretende com a estética, e no nosso caso com o cinema. Um ponto de partida para uma atitude reflexiva, ponto inicial de futuros aprendizados, sensibilização para ensinamentos posteriores que virão através de conteúdos específicos e, na maior parte das vezes, personalizadas em exemplos.

Progredindo na sua análise, este mesmo autor acrescenta que não basta um conhecimento teórico do que é bom, do virtuoso: **é necessário uma experiência do bonum, uma experiência de momentos de alegria e felicidade, durante o processo educacional**, e não apenas treino técnico. E anota textualmente: “São muito poucos os afortunados que têm a singular experiência ‘estética’ de assistir ao

discurso de verdadeiros mestres sobre as coisas mais importantes. As experiências estéticas decisivas não são as dirigidas a contemplar estritamente ‘obras de arte’, mas à experiência do belo, do *pulchrum* no seu sentido mais nobre e rico, isto é, nas situações humanas em que brilha com intensidade a verdade e o bem mais intenso, o humano. Portanto, não se trata simplesmente de visitas a museus e obras de arte, mas de participação intensa em situações humanas adequadas. O que fascinou muitos universitários não é somente o conteúdo intelectual das lições ou seminários, ou dos debates a que assistiram, mas a experiência singular de assistir a estas conversas presididas por uma afinidade intensa com a verdade, o terem tratado com mestres cujas lições eram testemunho de uma disposição pessoal a respeito da realidade, na qual brilhavam a verdade e o bem humanos de forma tal que resultavam arrebatadores”. De modo preciso o autor introduz a questão que analisaremos posteriormente: saber associar a experiência estética da arte –as vivências com o cinema- à vida normal, ao cotidiano. O papel que o professor-educador tem nesta transposição de lugar, na associação da experiência artística com o dia a dia, virá amparado pela força do seu exemplo, que é também o compromisso, *o amor a educar*.

MACINTYRE (1987) anota: “em todas as culturas -gregas, medieval, renascentista- onde o pensamento e a ação moral se estruturam de acordo com o esquema que denominei clássico, o meio principal da educação moral é contar histórias”. Partindo desta consideração, RUIZ RETEGUI (1999) comenta que o contar histórias é o substitutivo lógico para a impossibilidade de que todos os homens se possam submeter às experiências intensas de situações humanas. Assim, as artes que contam histórias –teatro, romance, ópera, cinema- teriam por função suprir as experiências que nem todos podem vivenciar.

E o mesmo autor faz notar que é deste modo que se pode produzir o que Aristóteles denominava a *Catarse* – purificação- , caminho obrigatório no pensamento grego para chegar ao reconhecimento do belo, do *pulchrum*. Sem dúvida o mais catártico é a realidade vivida, mas a história tem o seu papel quando bem colocada, e conhecendo o que se pode esperar dela. Quer dizer: não é função da

arte contadora de histórias o simples divertir, ou passatempo; mas sim provocar sentimentos -alegria, entusiasmo, aprovação, rechaço, condenação- que configuram o coração das gentes. Este era o papel da tragédia grega. As histórias, as tragédias, provocavam a *catarse*, que pode entender-se num duplo sentido: o primeiro, imediato, é a libertação dos sentimentos, como uma limpeza orgânica, como um purgante; o segundo, muito importante, é que mediante a *catarse* “se colocam no seu lugar” todos os sentimentos acumulados –emoções- que não poucas vezes se armazenam de modo desordenado.

Importante consideração que nos faz progredir na nossa reflexão sobre o universo afetivo do estudante. Partimos da premissa de que as emoções devem ser contempladas no processo educacional, sendo insensatez ignorá-las. Neste ponto, os comentários dos estudiosos de antropologia, amparados nos ensinamentos dos clássicos, nos mostram que **não basta contemplar as emoções mas que é preciso utilizá-las**, dar-lhes vazão, para que deste modo possam ir colocando-se no seu lugar. **Permitir no espaço acadêmico o fluir das emoções** –através da discussão, de partilhar os sentimentos- **abre caminhos para uma verdadeira reconstrução da afetividade**.

Uma das grandes dúvidas do educador está em adentrar-se num terreno que não conhece, e sobre o qual não tem controle, ao menos, como o tem nos contextos educacionais convencionais. Surge neste momento a tentação de instrumentalizar esse novo mundo de recursos –pouco controláveis- adaptando-os aos moldes que o educador domina. Assim, visto que a arte que conta histórias permite a sintonia com as emoções do estudante, pode o educador impaciente querer utilizar este recurso como atalho para entrar num mundo que habitualmente lhe é vedado. Aproveitaria assim as histórias para “dar recados”, ou melhor, disfarçaria os seus objetivos de histórias. Naturalmente esta atitude não é novidade, e no mundo clássico os falsos artistas já tentaram este caminho de sofismas que é ineficaz para o que nos propomos realmente: a verdadeira reconstrução afetiva do estudante.

Novamente RUIZ RETEGUI (1999) se adianta neste entrave e insiste em que a educação pessoal não consiste apenas no conhecimento teórico dos valores, mas

deve chegar também até as emoções e as paixões. O conhecimento teórico precisa do discurso, da aula; as emoções precisam da “tragédia”, da história para induzir as emoções que correspondem à realidade. Apresentam o bom, o heróico, o vil, o mesquinho como tal, e provocam as reações correspondentes, ordenando-as de acordo com a realidade vivida, ou, no caso, figurada. E para isso servem todo tipo de histórias: não apenas as edificantes e bonitas, mas as que apresentam a miséria humana de modo que surja a emoção correspondente de compaixão, de repulsa perante o mal, de rejeição da vileza.. O autor comenta a diferença entre arte real –boa arte- e arte engajada, que tem por finalidade denunciar, moralizar, enfim, “histórias ao serviço de uma idéia, das quais não se conseguem desprender”. Refere que Shakespeare em *Otelo* não pretende colocar um exemplo de ciúmes, mas contar uma história do Mouro de Veneza, com força real, onde as leis universais se impõem por si só. Igual acontece nas tragédias gregas, onde o intuito é contar uma história e não “dar recados, moral da história”. Quando a arte é boa, a beleza torna-se transparente a as leis universais aparecem para todos com clareza.

A **sinceridade na abordagem destas questões** é um verdadeiro desafio que compromete a franqueza e a transparência que os projetos educacionais que sintonizam com as emoções dos alunos devem possuir no seu núcleo. Vale aqui a consideração relacionada com as vivências fílmicas, para enfatizar que é necessária esta honestidade artística quando se apresentam filmes, ou cenas, para apontar atitudes. Deve existir a verdadeira preocupação em se contar histórias, para que as pessoas descubram as atitudes, se encantem com elas, e **não procurar atalhos utilitários**, que consistiria em “colocar exemplos de como se tem que fazer”. Para tal a criação artística tem de ser boa, de qualidade; tem de ser uma verdadeira história, com força, com rigor metodológico. Mesmo que seja uma história contada com os fotogramas que outros produziram. Igualmente os comentários simultâneos durante o filme amplificam a história, facilitam a *catarse* e suscitam as emoções que a realidade que está sendo vivenciada pede nesse momento. Voltaremos a estas questões no capítulo próximo.

Uma cultura da imagem e do concreto

FERRES (2000) contribuiu recentemente com uma obra de consulta essencial para a questão que nos ocupa: “Educar en una cultura del espectáculo”. O autor inicia o seu estudo realizando uma notável análise sociológica do tema, e descreve as características da cultura do estudante –também do universitário- nos dias de hoje. Trata-se, em breves palavras, de uma cultura onde predomina o fragmentário, o rápido, com verdadeira voracidade sensorial. Uma cultura que o autor batiza como cultura do *zapping* e do *clip*. O jovem estudante chega às mãos do educador inserido numa formação que privilegia a informação rápida, o impacto, o intuitivo, em detrimento do raciocínio linear, lógico e especulativo. Não é apenas uma característica que diz respeito à educação e ao aprendizado mas à própria vida na qual está inserido: uma cultura da pressa, onde a reflexão dificilmente tem vez. Anota textualmente: “as pessoas se refugiam na velocidade, são impelidas para o presente, não conseguem pela pressa frequentar o passado”. Características que se traduzem em impaciência, em postura dinâmica, em imediatismo. Um verdadeiro *zapping* (mudanças bruscas) perante a vida que se lhes depara.

O autor prossegue na sua análise mostrando como é possível compreender os modos da cultura atual, interpretando-a a partir do que denomina **cultura do espetáculo** onde a imagem e não o conceito é protagonista. Na cultura audiovisual predomina o concreto sobre o abstrato, conferindo-se assim hegemonia ao material sobre o espiritual. O sensorial fica potencializado neste contexto, já que os significados da imagem são diretos e atingem o espectador sem passar pelo processo de raciocínio, provocando uma recompensa imediata em forma de reação.

Naturalmente o que daqui se depreende é a **potencialização da sintonia emotiva**. Na cultura da palavra e do conceito, que também atinge as emoções, torna-se necessária a passagem obrigatória prévia pelo processo racional para depois surgir a emoção. Com a imagem este caminho converte-se em atalho, e **as emoções são despertadas diretamente**, sem necessidade de “pagar tributo prévio ao intelecto”. Na cultura do conceito é preciso compreender primeiro, para

emocionar-se depois; na cultura da imagem, as emoções derivam diretamente dos significantes –que são o veículo que carrega os conceitos, o visual que se apresenta sem ter de chegar previamente aos significados, ao conteúdo conceitual.

Nesta cultura que privilegia o concreto, o sensível, que atinge a emotividade sem necessidade de formular conceitos, surge a **natural potencialização do narrativo, da história concreta**, que triunfa sobre o discursivo. Tudo se faz história, exemplo, que se traduz na imagem. O autor adverte que a presente consideração não significa que não haja um discurso implícito por trás das histórias e das imagens, mas que antes de se atingir o fundo conceitual que sustenta o espetáculo das imagens, o espectador –no nosso caso, o aluno- os interioriza de maneira inconsciente. Saber voltar sobre o discurso implícito é questão metodológica no processo de aprendizado, como veremos depois.

A modo de síntese FERRES (2000) nos situa perante esta **modalidade de cultura que impregna a realidade do estudante e à qual o educador deverá estar atento**. Anota textualmente: “a cultura da letra impressa privilegia uma representação do mundo de caráter conceitual, estático, analítico e reflexivo; a do espetáculo privilegia prioritariamente uma representação do mundo concreta, dinâmica, implicativa, sensitiva e emotiva. A imagem desenvolve o pensamento intuitivo, preso ao significante, sem chegar no início ao significado, que é o caminho obrigatório da cultura convencional, veiculada pela letra impressa. A palavra estimula respostas racionais, como dizer “estou de acordo” ou “discordo”; a imagem, apela para a emoção, e provoca respostas como “gosto” ou “não gosto”, onde existe uma aceitação ou rejeição visceral, de impacto, sem participação do racional. Nesta cultura **a emoção é porta de entrada de construções lógicas**: quem se acostumou a sentir, mesmo sem ter nada por trás do sentimento, dificilmente aceitará raciocínios lógicos sem a emoção que lhe facilite o caminho”

Estas considerações nos situam no terreno real de interação com o estudante, e apontam a linguagem na qual é possível estabelecer sintonia com o educando.

Daqui teremos de partir se pretendemos ser comunicativamente eficazes nos processos de ensino-aprendizado.

Integrando a dimensão afetiva e a imagem nos projetos educacionais.

“O papel dos sentimentos na construção da racionalidade tem implicações para alguns temas , entre eles o da educação (DAMASIO, 1996). Esta afirmação é uma premissa que vai sendo esclarecida ao longo da presente discussão. Estamos situados num contexto educacional onde as emoções tem um papel essencial nas representações dos dilemas e expectativas do estudante de medicina. Por outro lado, a experiência de educadores, antropólogos e humanistas nos faz ver que as emoções podem ser terreno fértil nos objetivos educacionais, quando o que se pretende é promover atitudes que vão ao encontro dos questionamentos do aluno. Enfim, é justamente no campo das emoções, que está ancorada a cultura que é a atmosfera natural de desenvolvimento do estudante: uma cultura onde predomina a imagem, o concreto, a história, o narrativo e os significantes. Como trabalhar com tudo isto, procurando uma integração que auxilie no processo educacional e que apresente caminhos para uma possível metodologia?

FERRES (2000) é claro e objetivo neste ponto: se o que predomina é a emoção, é preciso estabelecer contato através dela. **O educador tem de assumir uma postura que incorpore a emoção no processo educacional.** Anota textualmente: “Para defender-se de uma cultura apenas emotiva, em detrimento da racionalidade e do conceito, devem-se incorporar certas doses de emotividade nos processos educativos”. Quer dizer, se o educador teme que as emoções tomem conta de todo o processo formativo, não tem outro remédio senão utilizar as emoções, como uma vacina sábia, que garanta a saúde do aprendizado. Deve-se chegar, pois, a uma postura conciliadora, permitindo que seja a emoção a que cumpra o papel que lhe cabe: ativar o desejo de aprender, motivar o estudante. Somente depois é possível, através da racionalidade, estabelecer os fundamentos conceituais.

Como é possível chegar pela imagem, desde o concreto e sensível, embrulhado em emoção, ao conceito? Esta pergunta nos situa no terreno metodológico e será desenvolvida no capítulo seguinte, mostrando como se pode percorrer este itinerário no caso da experiência do cinema. O fato do caminho ser árduo –e variado, exigindo criatividade e o risco natural do que não se pode controlar quantitativamente- não exclui outra advertência de FERRES (2000): “Todo o mundo é de algum modo produto da cultura onde é educado. Os educadores devem compensar as falhas dessa cultura, mas não desde parâmetros comunicativos opostos aos da cultura hegemônica. A **sintonia com o educando** torna-se essencial: de nada servem os raciocínios se não se consegue contatar com o destinatário.”

O mesmo autor acrescenta uma consideração pertinente, e que talvez surpreende pela lógica, quando postula que é preciso superar o dualismo prazer versus esforço no processo de aprendizado. Se resulta evidente que é imaturidade procurar prazer sem esforço, por outro lado vale pensar na ineficácia de promover um esforço que tem de estar, a priori, desprovido de prazer. Talvez é o momento de **pensar em educar com esforço a partir do prazer**. Quer dizer, que se pode aprender e ao mesmo tempo fazê-lo com prazer, divertindo-se. A dificuldade não é garantia de eficácia no aprendizado –nem na vida-, e o prazer, que se decorre da motivação clara e continuada, impulsiona a não poupar os esforços necessários para superar as dificuldades que, nesse ponto, se configuram como elemento acidental, secundário. Uma perspectiva muito próxima, por analogia, à postura diante da vida quando se tem claro um sentido para viver, experimentando-se a conhecida sentença de Nietzsche: “quando se tem um *por quê* na vida, qualquer *como* se torna suportável” (FRANKL, 1973)

Através do prazer é possível desencadear o esforço. Uma consideração que atinge nuclearmente o tema da motivação. Acertadamente FERRES (2000) anota aqui uma consideração etimológica de per si esclarecedora. Educar, é *e-ducere*, quer dizer, extrair, conduzir para fora o que já está dentro. Emoção, provém de *e-movere*, mover para fora. E ainda esclarece a etimologia de sedução, *se-ducere*, tirar algo de

alguém, extrair, muito próxima no seu significado da emoção. É através da emoção que se consegue seduzir, e não com raciocínios meramente lógicos.

Educar, levando em conta o prazer, a tendência para o que é desejado. Cabe perguntar como agir quando o desejo de prazer parece dificultar mais do que ajudar no processo de aprendizado. O mesmo autor –que mantém firme sua postura de sinergismo com o prazer e com a emoção para motivar- recorre aos clássicos, educadores por excelência. “Platão afirmou que a finalidade da educação é ensinar a desejar o que se deve desejar. Aristóteles também fala de educar o desejo”. Estamos aqui perante um novo desafio: **educar o desejo, mostrar os caminhos para que o desejo se eduque**. Uma perspectiva de educação do paladar afetivo, que ensina a gostar do que é bom. É por isso que RUIZ RETEGUI (1999), inclui neste ponto a consideração de Bernardo de Claraval: “Sábio é aquele a quem as coisas sabem como elas são.”

Educar o desejo, conduzir até a sabedoria educando o paladar afetivo, é o que FERRES (2000) pretende quando postula a educação pela sedução: uma verdadeira política de substituição, realizada aos poucos, gradativamente, como quem ensina a apreciar um bom vinho, ou uma culinária que se desconhece. E conclui “Através da dimensão positiva da sedução se pretende junto com a emoção, desvelar o raciocínio, motivar, mobilizar a vontade, dar forças para um processo psíquico que integre o conjunto das faculdades humanas. A sedução do imediato é vencida pela sedução do sentido. Uma sedução integradora. Educar: *educere*, tirar e não colocar. Muito mais próximo da escultura –que tira o que está dentro- do que a pintura, que apenas põe de fora para dentro”.

Este processo requer naturalmente tato, habilidade, evitar precipitações, promovendo um aprendizado que respeite, de alguma maneira, o ritmo quase fisiológico da emotividade. Não se pode obrigar a ninguém a sentir o que não sente. Pode-se mostrar, e o tempo –e a reflexão sobre as emoções- se encarregarão de aprimorar o paladar afetivo. Um processo que MARIAS (1992) denomina, com sabor clássico, de “**educação sentimental**”.

As histórias de vida, veiculadas na cultura das imagens, são um suporte real na formação do estudante de medicina, que utiliza as emoções do aluno como alavanca de aprendizado. Comenta POSTMAN (1988): “A linguagem é uma abstração da experiência; a imagem é uma representação concreta da experiência”. Atingem-se assim as **implicações fenomenológicas** do processo de ensino-aprendizado. As vivências que a representação concreta da experiência proporciona, criam um contexto onde é possível **favorecer um aprendizado de atitudes** para as outras experiências, as reais, que o estudante terá de atravessar. E mediante a reflexão sobre estas experiências “simuladas” poderão ir se construindo atitudes necessárias para a postura do dia a dia que sustenta a “ética do cotidiano”, como já foi comentado em capítulos anteriores.

Permite-se assim um **aprendizado de atitudes próximas da realidade**, fugindo do lugar comum da discussão ética “no caso difícil”, como se a ética fosse uma vertente heróica esporádica, e não a postura habitual do médico. Uma postura que deve ser sem dúvida criativa, extrair da pessoa o comportamento que é guiado pelos conceitos e ancorado pelas emoções, que atuaram como elemento motivador no aprendizado. Não é supérfluo incluir, para finalizar esta discussão, a consideração que RUIZ RETEGUI (1999) faz a este respeito. O autor relaciona a criatividade –mesmo a artística- com o amor pessoal, pois é através do amor que a pessoa se comunica, sendo isso o que se espera do médico, da medicina como arte: uma postura criativa de doação pessoal através do amor. Anota textualmente: “Espera-se do médico perícia para atender o paciente que sofre; mas quando o que se precisa é consolo não serve a perícia, mas o que é preciso é companhia –do amigo, do irmão, do esposo- enfim, o que se precisa é a presença da pessoa enquanto tal. Como a obra de arte exprime a pessoa enquanto tal, valeria a pena pensar se o que se exige do médico nesses momentos de conforto não é algo próximo da obra de arte, criação, comunicação pessoal. A relação do amor pessoal reclama pôr em jogo a própria pessoa e não simplesmente a eficácia”

Podemos encontrar nestas palavras uma consideração antropológica, vitalista se preferirmos, para dizer que a Medicina é arte. Cabe pensar se no âmbito da educação médica que nos ocupa, seria suficiente apontar os passos *para ser humano*, como se de um esquema a ser aprendido se tratasse. A insuficiência dessa atitude nos faria concluir que de fato é **preciso apontar, mas através do exemplo e da reflexão, o verdadeiro espaço criativo** – o de cada um- para sua obra de arte, para a sua comunicação pessoal, que será criativa em cada momento.

Uma criação que nos situa, por vezes, na verdadeira contemplação –entendida no sentido clássico: admirar-se, saber olhar- como atitude criativa diante do paciente. As palavras de HENNEZEL (1996) colocam o ponto final neste itinerário reflexivo, fazendo-o convergir sobre o doente que espera, do médico, criatividade: “Tive inúmeras ocasiões de comprovar que os doentes sabem melhor do que nós qual é a sua verdadeira situação e suas autênticas necessidades. Tudo o que temos a fazer é escuta-los.”

6.4 O CINEMA COMO RECURSO EDUCACIONAL.

-I don't know what's right any longer
You have to think for both of us, for all of us.....

-If that plain leaves the ground
and you're not with him you'll regret it
Maybe not today, maybe not tomorrow,
but soon and for the rest of your life.

-What about us?

-We'll always have Paris

Ilsa and Rick, in "Casablanca"

Chegamos ao final da discussão reflexiva sobre a experiência vivida através do cinema no contexto educacional. Nos capítulos anteriores analisamos detidamente a função educativa da Universidade como resposta aos questionamentos do aluno, explicitados na nossa experiência. Aprofundamos também no universo do estudante –pessoa em formação– para compreender melhor um mundo onde predomina a dimensão afetiva e a cultura da imagem, com tudo o que ela traz consigo. Cabe agora **uma reflexão pontual sobre o cinema em si**, fazendo convergir toda a atenção sobre este recurso que se mostrou útil para levantar as questões anteriormente discutidas.

Deve-se admitir que os temas levantados e explicitados através da experiência que situou os alunos numa vivência direta com produções cinematográficas, não são um achado exclusivo desta metodologia. Dito de outro modo: seria perfeitamente possível chegar a resultados análogos e a provocar os mesmos questionamentos e reflexões por outros caminhos. Mas, visto que o cinema nos transportou até eles, necessário será perfilar melhor o itinerário percorrido, para que outros possam também, por sua vez, trilhá-lo.

A reproduzibilidade da experiência é condição de seriedade científica. Por isso, delinearemos a seguir os aspectos que se mostram como essenciais para aqueles que, dando continuidade ao nosso trabalho, se propõem utilizar o cinema na

educação médica. O presente capítulo, focado sobre a sistemática no uso do cinema, é o complemento natural ao conteúdo descrito na Metodologia da presente pesquisa, onde pormenorizadamente se descreve –como um diário de bordo– o percurso seguido em cada uma das experiências realizadas.

Fundamentação teórica para usar o cinema na educação médica

*Não se pode conhecer sem compreender,
sem sentir, sem estar apaixonado.*

A. Gramsci

No capítulo anterior, discurremos longamente sobre a cultura na qual está inserido o estudante – não só o de medicina– nos dias de hoje. Embora isso já justificasse suficientemente o emprego de meios audio-visuais, e o impacto da imagem como recurso educacional, não será redundante insistir brevemente nos fundamentos teóricos de uma prática que é tão pouco usual, como inovadora. Afinal, dirimir as dúvidas é o ponto de partida de qualquer reforma educacional, e se não há convencimento de que a presente metodologia é verdadeiramente útil para ensinar o que a Universidade tem de ensinar, e o estudante espera, não se fará bom uso dela.

FERRES (2000), que recolhe a citação de Gramsci acima referida, como exemplo de líder carismático, filosófico e político, na sua tentativa de implantar um sistema eurocomunista, anota textualmente : “Como docentes, teríamos de pôr o problema de saber se não é absurdo pensar que se pode aprender algo sem paixão por aprender, e pelo que se tenha de aprender; se não é absurdo pensar que podem dar-se passos na assimilação cultural sem paixão pela cultura e pelo objeto concreto da cultura; se não é um erro dissociar aprendizado e prazer, aprendizado e emoção.”

O mesmo autor estabelece uma **metáfora sugestiva** que esclarece a função do educador. Teria de ser o **educador como uma ponte, apoiando sua eficácia em dois pilares e no arco que comunica ambos, e permite a passagem**. Um dos pilares representaria o conjunto de conhecimentos; o outro seria o interlocutor, o destinatário do conhecimento que se quer transmitir. Naturalmente o arco da ponte

representaria a metodologia empregada para fazer chegar os conhecimentos até o educando. Facilmente se pode deduzir, com base nesta analogia, onde se situariam as principais falhas –e os acertos- de qualquer projeto educacional. Assim, pode haver um pilar sólido de conhecimentos, mas não se atingir o interlocutor, ora porque não se conhece suficientemente –e uma das extremidades da ponte ficaria sem apoio correto nesse pilar; ora porque o arco –a metodologia empregada- não consegue atingir o suporte representado pelo interlocutor, pelo educando. Igualmente, conquistar a sintonia com o educando, sem um sólido pilar de conhecimentos seria facilitar uma comunicação sem conteúdo específico: também não seria educação; na melhor das hipóteses, simples convivência ou camaradagem. Quando os dois pilares –os conhecimentos e o mundo do interlocutor- apresentam desníveis, que são no fundo contextos culturais diferentes, caberá ao bom educador articular a metodologia de tal forma que consiga uma comunicação eficaz.

Estas considerações **ajudam no emprego de metodologias inovadoras**, pouco convencionais, e que, como tudo o que é pioneiro, apresentam os contornos da dúvida, ou ao menos, da incerteza. Saber com clareza o que se pretende –proporcionar um aprendizado adequado ao estudante- simplifica a questão, e permite a agilidade necessária para o emprego de novas sistemáticas de ensino que visam atingir, de pleno, o pilar da ponte representado pelo educando.

Esta seria a função do educador, afinal um **promotor da cultura**, no sentido apontado por ORTEGA (1930) e já comentado em capítulos anteriores. **O professor deve despertar o desejo de aprender**, contagiar com o entusiasmo por conhecer e conseguir que o estudante invista o melhor dos seus impulsos para procurar, também por meios próprios, o conhecimento que lhe será de utilidade. É fácil deduzir a flexibilidade, e a criatividade que se espera do educador, e que deve ter seu reflexo nas metodologias educacionais empregadas. Um educador trabalha com pessoas, não apenas com idéias, e portanto, para adaptar o arco da ponte conseguindo um fluir satisfatório de conhecimentos não pode partir unicamente das idéias preestabelecidas, mas também deve adaptar-se às reações suscitadas no interlocutor. A flexibilidade que a metodologia deve trazer consigo resulta transparente neste

último comentário de FERRES (2000), que se apresenta como um verdadeiro desafio para o educador: “Se a nova geração não consegue converter as imagens em pensamento, é porque o educador antes não conseguiu converter o pensamento em imagens, chegando ao concreto. Esta é a passagem obrigatória que se deve percorrer nos dias de hoje para atingir o aluno”.

Com acerto e profundidade filosófica MARIAS (1992) tece um amplo comentário sobre a função educadora do cinema no século XX, fazendo notar que o cinema aumenta as possibilidades do concreto, das vivências, que em cada pessoa se encontram reduzidas a um pequeno repertório de experiências reais. O cinema aumenta a possibilidade de ver, e de ouvir. Aristóteles dizia que os homens desejam as percepções e, sem dúvida, o cinema multiplicou notavelmente esta possibilidade. Vale a pena citar o autor textualmente, para melhor entender o amplo espectro de vivências que o cinema oferece.

Vejamos como se exprime MARIAS (1992) num longo parágrafo que copia de uma obra sua anterior, porque –conforme afirma - é difícil dizer o mesmo com menos palavras. : “O cinema nos descobre os recantos do mundo. Por meio dele reparamos nos detalhes: como a chuva resvala pelo vidro de uma janela, como um velho limpa as lentes dos seus óculos; como uma parede branca brilha e ofusca; como é, de noite, o degrau de uma escada; o cinema nos ensina como é um automóvel, como se move, por dentro e por fora; como derrapa, choca. Nos ensina, o cinema, o que é a espera, a ameaça, o entusiasmo; as mil maneiras de como se pode abrir uma porta, as incontáveis significações de uma cadeira, o que podem representar as luzes; o que é uma rocha, um fio de água, um mato, uma vela no mar; de quantas maneiras pode-se acender um cigarro, ou beber em um cálice, ou tirar dinheiro do bolso. O cinema nos faz sair da abstração em que o homem culto costumava viver. Apresenta a vida no que tem de concreto. O amor deixa de ser uma palavra e se torna visível em olhos, gestos, vozes, beijos. O cansaço é a figura, precisa, de uma criança dormindo num canto, a figura deitada na cama, a maneira como se deixam cair os braços quando os vence a fadiga ou o desânimo. Aprendemos, com o cinema, a ver os homens e as mulheres nas suas posturas reais, nos seus gestos, vivos, não pousando para um quadro de história ou

um retrato. Sabemos como é distinto comer, sentar-se, dar uma bofetada, cravar um punhal, e abraçar, e sair depois que se obteve uma negação a um pedido. Temos visto o corpo humano no seu esplendor e beleza, e na sua decrepitude; o seguimos em todas as suas possibilidades: escondendo-se de um perseguidor ou das balas, dilatando-se de poder ou de orgulho; dentro de um carro, em baixo da água; ou numa mina; fundido com um cavalo galopando, paralisado numa cadeira de rodas, fazendo esqui aquático, com o cabelo ao vento, ou com olhos cegos e uma mão pedindo esmola à porta de uma igreja. . Quando falamos da pena de morte não queremos dizer um artigo do código, quatro linhas de prosa administrativa, **mas as costas de um homem contra o paredón**, eletrodos que buscam a pele nua, uma corda que aperta o pescoço, o mesmo que outras vezes foi objeto de carícias, ou levou um colar de pérolas. A guerra não é uma retórica ou notícia: é lama, insônia, riso, alegria de uma carta, euforia da comida, uma mão que nunca voltará, a explosão que se anuncia como a evidência do irremediável”.

E o autor acrescenta:: “tudo isto e muito mais viu e ouviu o homem do nosso século por primeira vez na história. O que quer dizer que o seu mundo e sua vida, graças ao cinema, são inteiramente distintos do que sempre foram, e isto é justamente o que quer dizer educação”. A convivência virtual –em palavras deste autor- torna-se enorme, amplifica-se, e **acontece de fato como experiência que, humanamente, na sua realidade corpórea nunca teria sido possível**. E, entre toda a gama de possibilidades de experiências que o cinema oferece, o autor destaca ainda o recurso do primeiro plano, que torna habitual e multiplica a cercania entre as pessoas, permitindo conhecer os rostos, as feições, as mais leves mudanças de expressão, o gesto minimamente esboçado. Como decorrência, os sentimentos, as paixões, já imaginados e descritos na literatura, encontram no cinema sua versão sensorial: conseguimos vê-los, ouvi-los, compreendê-los através das palavras pronunciadas.

Conclui este autor: “Quando o cinema é fiel a si mesmo e não abandona suas possibilidades por interesses mercenários –um momento de popularidade, o elogio dos críticos, os prêmios dos festivais- é capaz de realizar e apresentar algo que constitui um dos núcleos mais profundos da educação: os estilos, as formas (índoles – *temples*, em castelhano) da vida.” Enfatiza, assim, o autor o **cinema como**

um recurso de educação em atitudes humanas, e tudo o que cada atitude encerra: valores, virtudes, limitações, formas, enfim, o espectro amplíssimo dos modos de ser humano. Anota textualmente o autor, no final das suas considerações: “Faz tempo que venho definindo o cinema como ‘um dedo que aponta’, que estabelece conexões entre as coisas, que as interpreta sem necessidade de dizer nada, que vai além da simples justaposição física das coisas para unir o que está junto e presente numa vida(...) Estas conexões dão relevo ao dramatismo que é a condição humana. Este é o antídoto do utilitarismo, da homogeneidade a que tantos estímulos conduzem hoje nosso mundo –globalização, poderíamos nós dizer, interpretando o sentir do autor. Assusta pensar o que seria o mundo atual, submetido a tantas pressões manipuladoras, se não existisse o cinema, que lembra ao homem o mais verdadeiro da sua realidade, o seu acontecer, e assim o obriga a ver, imaginar, projetar, ter presente a ilimitada diversidade da vida e a necessidade de escolher entre as trajetórias abertas. **Não é excessivo dizer que o cinema é o instrumento por excelência da educação sentimental no nosso tempo.**”

O impacto do cinema sobre os alunos: advertências para o educador

-James, earn this!

-Every day I think about
what you said in that day on the bridge
I tried to live my life the best I could
I hope there was enough
I hope that at least in your eyes
I earned what all of you have done for me

Saving Private Ryan

Progredindo na nossa discussão é chegado o momento de **expor o impacto educacional que produz nos alunos a utilização de uma metodologia baseada nas vivências com o cinema**. As questões que serão aqui abordadas, já foram enunciadas na apuração dos resultados, mas cumpre agora ordená-las de modo

sistemático, para que sirvam de advertências para o educador que pretende empregar esta metodologia. Constituirão, assim apresentadas, como um roteiro através do qual se poderá avaliar a aplicação deste recurso –em eventuais experiências análogas às descritas neste trabalho– face aos objetivos educacionais. Uma tentativa de padronização de qualidade de uma metodologia inovadora.

Torna-se evidente que o primeiro resultado que a experiência produz no aluno é **criar oportunidade e espaço para um diálogo amplo multi-temático**, de questões que ocupam e preocupam, de fato, o estudante. O educador deve ser um facilitador do diálogo entre os alunos, onde são expostos temas relativos ao ser humano e à vida, geralmente partindo das cenas apresentadas nos filmes, mas onde os estudantes projetam, habitualmente, o seu próprio mundo pessoal. Partilhar a visão do mundo que levam dentro, por ocasião do diálogo e das reflexões que o cinema produz, torna transparente os valores e a cultura que envolvem o estudante, muitas vezes de modo inconsciente, não explícito. O diálogo entre os alunos deve ser enriquecedor e meio de crescimento pessoal: isto se consegue quando se **aprende a ouvir as opiniões dos outros, e existe realmente uma troca de perspectivas**. Embora este contexto seja nuclearmente a origem da Universidade, os estudantes estão muito pouco habituados a fazê-lo, e reconhecem, depois de feita as experiências, ser um recurso que amplia sua visão do mundo, e das pessoas.

O cinema é uma forma sensível do narrativo. Uma forma rápida, de impacto, onde se contam histórias. Sendo a cultura do estudante adaptada a estes parâmetros, como estudamos anteriormente, é de esperar que **a experiência com o cinema provoque o relato de histórias**. Os alunos, na discussão, complementam os seus pontos de vista com histórias pessoais: reais, da sua própria vida, ou fictícias, extraídas de outra fonte, ou mesmo de outro filme. Existe portanto um **trânsito livre para contar histórias, e o contato com o cinema atua como fator desencadeante**. FERRES (2000) comenta amplamente o poder humanizante que tem a dimensão narrativa: “Se queres fazer triunfar uma idéia, embrulha-a numa pessoa” anota textualmente citando a Ralph Bunche. No mesmo sentido SAVATER (1997) esclarece : “Nós, os humanos, não somos problemas ou equações, mas histórias; nos

parecemos menos às contas do que aos contos” e recomenda potencializar na educação o que denomina dimensão narrativa das humanidades. Bastem estes comentários para confirmar que quando os alunos contam histórias como resultado da experiência com o cinema, estamos em sintonia com o objetivo humanizante –inserir humanismo na prática- que orienta um projeto educacional baseado nesta metodologia. Estaremos utilizando as percepções do aluno, vertidas em histórias, como elemento colaborativo no processo de formação.

O contar histórias por parte dos alunos tem um desdobramento do caráter muito mais íntimo e pessoal: nas vivências com o cinema **os estudantes se espelham nos filmes**. O espectador tem a oportunidade de **viver o conflito como expressão metafórica dos seus próprios conflitos** aos quais se transporta durante a experiência. Esta dimensão absolutamente pessoal enriquecerá as discussões posteriores à projeção, também como recurso para partilhar o vivenciado –não apenas as cenas a que se tiver assistido, mas os conflitos vividos- para clarificar e na procura de ajuda. A experiência suscita sentimentos, emoção; na discussão, os alunos procuram entender e esclarecer esses mesmos sentimentos.

A proposta do uso das vivências com o cinema tem um **caráter nitidamente educacional**, que leva a compartilhar o universo afetivo do aluno através da cultura da imagem e dos sentimentos, mas **carece de propósitos terapêuticos** por que não foi pensada nem estruturada com esta finalidade. Por isso, é conveniente advertir que o livre trânsito de comentários, explicitação de sentimentos e conflitos que caracteriza esta experiência não a habilita para tornar-se um contexto de terapia grupal, no sentido habitualmente aceito. O educador deve estar atento para questões que podem revelar eventuais problemas psicológicos pontuais em alguns alunos, que são explicitadas através da vivência, e que exigirão um tratamento adequado também específico e, logicamente, individual. Esta é uma possibilidade à qual se deve prestar atenção, já que o cenário da experiência pode favorecer o surgimento destas questões que, num ambiente convencional, permaneceriam latentes e se poderiam manifestar posteriormente, em circunstâncias menos propícias para facilitar uma intervenção terapêutica.

Um parâmetro de qualidade, que de algum modo confirma a utilidade deste recurso na educação médica, é a **facilidade com que os alunos transportam para o campo médico** as vivências com o cinema, em produções que carecem de temática especificamente médica. Não é em absoluto necessário explicar por que as questões humanas que protagonizam os debates e discussões teriam importância na formação dos futuros médicos, pois é algo admitido e vivenciado explicitamente pelos alunos. A cultura da imagem é essencialmente metafórica, e os alunos demonstram **habilidade e rapidez para extrair das analogias as conseqüências educacionais** implícitas, particularmente as relacionadas com a promoção de atitudes e valores.

A facilidade de traduzir a vivência cinematográfica em objetivos práticos reais que orientem as atitudes cotidianas, faz com que o **aluno incorpore a linguagem cinematográfica como um meio de comunicação** –entre os alunos, e mesmo entre alunos e professor. Esta linguagem servirá para exprimir-se e dar-se a conhecer, em processo inverso ao descrito na incorporação das metáforas: se o aluno transporta o vivenciado no cinema para a sua vida pessoal e se espelha nos filmes, também utilizará as cenas dos filmes para revelar o seu universo interior. Será um recurso de expressão rápido, emotivo, pontual, concreto, narrativo: totalmente inserido na cultura da imagem e dos sentimentos que estamos estudando. As frases de impacto, trechos de diálogos, situações contempladas nos filmes convertem-se em linguagem para se comunicar, e também para se dar a conhecer. O cinema empresta ao aluno sua força comunicativa, e através dele consegue exprimir realidades que com palavras não conseguiria tornar transparentes. A cultura discursiva e lógica, com a qual tem pouca familiaridade é substituída pelo aluno por uma cultura da imagem e da emoção, não apenas para conhecer, mas para se exprimir e mostrar a sua realidade vital como pessoa.

Os benefícios educativos da linguagem cinematográfica como meio de comunicação **ultrapassam o espaço curricular acadêmico, e se prolongam no aprendizado do cotidiano**. As vivências com o cinema, que proporcionam ao estudante um meio de comunicação rápido e acorde com seu contexto cultural, fazem

com que a reflexão se prolongue além do espaço dedicado às discussões. Quer dizer, criam no aluno uma atitude reflexiva que por estar ancorada num idioma de fácil recordação, vinculado a situações concretas e perpassado de atitudes perante a vida, o fazem continuar no processo de reflexão durante o seu cotidiano. Assim, a história de vida, a frase de impacto, a situação vivenciada, volta à tona fora do espaço convencional de educação –fora da sala de aula, ou da discussão programada- e incita o aluno a continuar pensando, refletindo, numa permanência que é inquietude por aprender. É o que os alunos intitulam textualmente –como foi referido na apuração de resultados- como **detonadores, isto é, provocadores de reflexão.**

Quando se consegue transportar para o dia a dia o aprendizado universitário, está se cumprindo uma das missões primordiais da Universidade, já que saber não é acumular conhecimentos, mas conseguir assimilá-los de modo que possam ser utilizados na vida cotidiana. Era este sentimento o que animava a ORTEGA (1930) a sublinhar que a cultura e a intelectualidade não podiam ser uma simples *performance*, como um exercício de virtuosismo de alguns poucos perante os quais o resto dos mortais deveriam assumir uma função de espectadores atônitos. A função intelectual, diz este autor, deve se considerar uma dimensão natural da vida humana. Se refletir é função de todos –podemos concluir por nossa conta- com muito maior motivo deveria ser um compromisso ineludível do estudante universitário.

No seu conjunto, a experiência com o cinema traz advertências importantes para o educador. Com o emprego desta metodologia pode-se comprovar o impacto que traz ao estudante uma educação **centrada na gratificação que a experiência proporciona**, e não apenas no acúmulo de dados. A gratificação **motiva, cria vontade de aprender**, e o aprendizado acontece durante a experiência e, consegue-se prolongar depois, nas realidades do dia a dia. Uma vontade de aprender que permanece **desemboca naturalmente na reflexão**, conseguindo-se assim a integração desejada: partir da emoção, da imagem, do concreto, para naturalmente –fisiologicamente e seguindo o ritmo do próprio aluno- chegar à construção de conceitos, à fundamentação lógica do aprendizado. O livre trânsito das emoções durante a vivência, amplificado pela discussão posterior, faz com que o aluno,

quando se enfrenta fora da aula com situações ou mensagens similares, acrescente reflexão à emoção (FERRES, 2000).

Metodologia prática na utilização do cinema: advertências complementares

Mais do que instruir, procurei agitar
e , no máximo, sugerir;
não vendo o pão, mas a levedura.
M. Unamuno

O corpo da discussão até aqui elaborado, e os apêndices que relatam as experiências com o cinema, oferecem substrato suficiente para os educadores que pretendam adotar esta metodologia como um recurso educacional na escola médica. Cabem, ainda, algumas **advertências complementares, de caráter eminentemente prático** sobre a implantação sistemática da metodologia, empregada nas experiências relatadas no presente trabalho.

Como se pode deduzir pela ampla bibliografia recolhida na obra de FERRES (2000) a utilização do cinema e dos meios audio-visuais na educação não é uma novidade trazida pelas experiências aqui descritas, e que foram amplamente comentadas na primeira parte deste capítulo, assim como no capítulo anterior. Destacaremos a seguir os **aspectos mais originais** que o presente trabalho brinda como colaboração a um recurso educacional já aceito e estudado por vários autores.

A utilização de **filmes não médicos, apresentados em forma compilada –seqüência de cenas (clips)-** mostrou-se particularmente interessante porque se consegue oferecer uma variante de perspectivas sobre uma mesma realidade. São como variações sobre o mesmo tema, que apresentadas de modo rápido e dinâmico, oferecem um espectro maior de possibilidades para as vivências do estudante. Isto vai ao encontro da cultura da imagem e da emoção, onde o fator de impacto não é tanto o argumento lógico –que poderia ser apresentado pelo filme integralmente– como a situação que leva à vivência pontual, representada pela história de vida, pela atitude dominante, pelo gesto que sintoniza com a afetividade do espectador.

Também mostraram-se úteis e essenciais na metodologia empregada, **os comentários do professor em simultaneidade com a projeção do filme**. Como já foi analisado anteriormente, não é o objetivo destes comentários mostrar “o que deve ser visto”, mas apenas estimular a reflexão dos alunos. Quando da apuração dos resultados, podem se encontrar testemunhos dos alunos que claramente insistem na necessidade de que o professor faça os comentários simultâneos, apontando que embora não concordem integralmente com as perspectivas que o professor abre, lhes serve **como recurso para provocar a reflexão**. Caberia pensar, seguindo as considerações feitas por FERRES (2000), se estes comentários poderiam colocar significado no significante representado pelas cenas dos filmes. O impacto afetivo e sensorial que atinge o estudante –o significante- criaria uma predisposição para a construção de significados –representados pelos comentários do professor. **Os significados não virão exclusivamente dos comentários do educador, mas sim da procura mesma do aluno estimulada na vivência de simultaneidade**: comprovar que alguém consegue atribuir significados às cenas, faz com que ele procure os seus próprios significados.

Neste ponto impõe-se uma advertência necessária. Os **comentários simultâneos do educador** tornam-se possíveis quando a compilação de cenas é extraída de **filmes com idioma original diferente do português, e com legendas em português**. Isto permite a atenção simultânea do aluno às legendas do filme e aos comentários do professor. Implementar esta metodologia em outras culturas diferentes da nossa, suporia levar em consideração esta questão para evitar-se uma concorrência entre comentários e som original do filme, quando são no mesmo idioma. Pode-se pensar, por exemplo, instalar esta metodologia em países de língua inglesa, sendo os filmes falados em inglês; neste caso deveria ter-se o cuidado de evitar que os comentários impeçam de ouvir os diálogos originais, devendo se providenciar uma sincronia diferente e não uma simples simultaneidade.

A **discussão posterior à projeção de filmes** –sejam clips editados pelo professor, sejam cenas trazidas pelos alunos- **é parte integrante e absolutamente indispensável nesta metodologia**. É na discussão que os alunos vivenciam, na

prática, que além de *sentir o filme*, pode-se pensar e discorrer sobre ele, sem perder a força de impacto emotiva. Existe nos alunos um **certo receio de racionalizar** aquilo que lhes proporcionou um prazer sensível, certamente porque falta o hábito cotidiano desta prática. FERRES (2000) sai ao encontro desta aparente dificuldade mostrando que “pensar o filme, além de senti-lo, garante um plus de prazer, um prazer a mais. Pode-se aprender que para lá do suspense, o autor nos dava uma visão da vida, do homem, das relações humanas: a falsidade das aparências, o sentimento de culpa, o homem falsamente acochado, a vulnerabilidade dos sentimentos, a complexidade da relação amorosa. (...) Seguimos desfrutando os prazeres de caráter primário, (sensorialidade, fabulação, fantasia, implicação emotiva) mas se acrescentam os de caráter secundário. Experimentamos que com a ativação da consciência e da racionalidade poderíamos multiplicar os níveis de prazer”.

Estabelecer uma discussão proveitosa requer habilidade por parte do educador: não é um simples angariar opiniões, como uma colcha de retalhos. Os comentários simultâneos favorecem uma postura integradora na discussão, e preparam o cenário. Mas o educador-professor deve assumir uma **função de questionador**. KAPLUN (1998) adverte que “deve haver uma prévia problematização: uma necessidade, que o grupo sente, e umas perguntas que este se formula, que revelam uma procura, uma inquietude”. Semelhante atitude está em perfeita sintonia com o método Socrático que questiona e inquire, procurando extrair conceitos através de perguntas, provocando a discussão. Para tal torna-se necessário combater a natural impaciência que o educador possui em transmitir conceitos, e centrar-se no objetivo claro que esta metodologia brinda: um provocador de experiências que levam à reflexão.

Dentro deste contexto, é natural que os **alunos se envolvam, participem e atuem assumindo a metodologia como própria**. A apuração de resultados mostrou como os alunos respondem à provocação educacional, trazendo cenas de filmes e até elaborando seqüência de cenas, numa unidade representativa das vivências experimentadas. Temos nesse momento uma resposta de significantes –as cenas que os alunos propõem- que traz consigo também significados –a seqüência lógica de

montagem empregada pelos alunos. O educador deve favorecer, apoiar e ordenar esta manifestação dos alunos que, inicialmente, pode desarticular a programação previamente estabelecida, mas que se revela como uma resposta discente em sintonia com os objetivos educacionais. Quando se pretende provocar experiências e facilitar a reflexão não pode surpreender a iniciativa do estudante; ao contrário, deve-se interpretar como a melhor recompensa do educador. Cria-se neste momento um contexto genuinamente universitário: alunos que se questionam, e o educador que oferece amparo oficial aos questionamentos dos alunos. Uma verdadeira projeção institucional do estudante.

Uma advertência final vinda dos profissionais da sétima arte.

*O Cinema não é diversão;
é linguagem e reflexão.
Peter Greenaway.*

Resta uma pergunta final a modo de epílogo: o que pensariam os homens do cinema, os profissionais da sétima arte, de um projeto como o descrito neste trabalho? Qual seria a opinião de diretores e críticos cinematográficos sobre usar as cenas dos seus filmes, para contar nossas próprias histórias? Teriam previsto -eles, os criadores de filmes- o alcance educacional das suas obras? Provavelmente não, já que há muito de criação na tarefa de educar, e no presente contexto pode-se sobre a criação prévia dos outros. É comentário conhecido o de que dificilmente um artista qualquer –no caso um diretor de cinema- suspeita quão longe se pode chegar com os desdobramentos que a sua obra suscita. Mas visto que não haveria previsibilidade, cabe interrogar-se sobre a aprovação –ou desacordo- que um projeto educacional deste teor suscitaria nos meios cinematográficos. Por outras palavras: qual seria a possível sintonia dos homens do cinema com a educação do ser humano?

As considerações de François Truffaut, diretor e também crítico de cinema são tranquilizadoras a este respeito, pois mostram como os criadores da arte fílmica estão, de alguma maneira, habituados não só à utilização dos seus filmes para finalidades não previstas por eles, mas também a críticas nem sempre elogiosas.

Anota textualmente Truffaut: “Em Hollywood ouve-se muito esta fórmula: ‘Cada um tem duas profissões, a sua e a de crítico de cinema’. Isso é uma verdade e, pode-se achar engraçada ou não, a bel-prazer de quem quer que seja. Qualquer pessoa pode se tornar crítico de cinema; não será exigido do postulante nem um décimo do conhecimento que se exige de um crítico literário, de música ou de arte. Um diretor de hoje deve aceitar o fato de que seu trabalho será eventualmente julgado por alguém que nunca tenha assistido a um filme de Murnau. A contrapartida dessa tolerância está em que cada um, em uma redação de jornal, sentir-se-á autorizado a contestar a opinião do titular da coluna de cinema. O chefe da redação manifesta o mais profundo respeito por seu crítico de música, mas interpela o crítico de cinema no corredor: ‘Sabe, meu velho, você desancou o último Louis Malle, mas minha mulher não é da sua opinião, ela adorou o filme’. Não devemos exigir demais da crítica e, principalmente, que ela funcione como uma ciência exata; uma vez que a arte não é científica, por que a crítica deveria sê-lo?” (TRUFFAUT, 1975)

Reportando-se à sua experiência como professor de cinema na Universidade, CEBOLLADA (1997) insiste no poder comunicador do cinema por atingir o alvo da sensibilidade e da emoção; e admite que há coisas que somente se podem dizer, e ensinar –pelo menos, iniciando um processo de aprendizado- através do cinema: “O cinema nos dá sua informação com uma linguagem ideográfica que se nos oferece imediatamente à percepção sensível, e imediatamente à compreensão racional”. E complementa a sua observação citando uma consideração de V. Garcia Hoz, conhecido estudioso da educação, quando a pedagogia iniciava sua consolidação como disciplina acadêmica universitária. “O cinema –diz ele- parte da percepção, tem influência individual pelas emoções que desperta e adquire transcendência moral e social através da simpatia e da imitação. Isto vale tanto como dizer que o mundo do cinema incide na vida afetiva sensível do homem; seu problema pedagógico pode ser colocado como um dos cenários atuais do velho problema da educação”

“O cinema é a consciência objetiva do mundo moderno“. Esta expressão de Raymond Pichard , citada pelo mesmo autor (CEBOLLADA, 1997) nos introduz numa realidade que, sendo muito próxima dos objetivos educacionais que o presente

projeto pretende atingir, sempre foi consenso entre os criadores da sétima arte: há uma aproximação do ser humano, do drama do homem e da vida, que com o cinema se torna de algum modo transparente. Como seria descabida uma citação exaustiva de autores de filmes sobre esta questão bastar-nos-ão algumas amostras, a modo de pinceladas, como o esboço de um quadro impressionista.

Billy Wilder, diretor de cinema austríaco radicado nos Estados Unidos e conhecido pelas suas comédias com marcante ironia, reconhece que a força do cinema não está na técnica mas no conteúdo humano dos filmes. Afirma Wilder: “Freqüentemente se acredita que a novidade são os movimentos da câmara, quando na verdade a novidade procede da exploração do ser humano, das relações entre os personagens, da discussão mais complexa dos problemas”. Fritz Lang, diretor representativo do expressionismo alemão, enfatiza esta perspectiva humana dos filmes: “Fazer um filme é traduzir uma emoção, tratar de um problema que nos incomoda. Eu sempre gostei de filmes com problemas.”. E, por falar dos clássicos, também Carl Dreyer concorda: “O que importa num filme não é o drama das imagens, mas o drama das almas”. A dimensão humana nos filmes é, na consciência daqueles que os produzem, o núcleo da sua força comunicativa e da influência sobre o público. São de fato idéias vestidas de pessoas, humanizadas, porque é assim que as idéias se nos apresentam na vida real. George Lucas, surpreendido pelo sucesso no lançamento da sua série “Guerra nas Estrelas”, em 1978, comentava que o público gostava dos seus filmes porque eram claros, humanos, com limites definidos de valores e claras fronteiras entre o bem e o mal. Como os antigos westerns –comentava- mas numa versão moderna.

É o humano que torna eterno o final de Casablanca na cena do aeroporto, que se veste de suspense no cinema de Hitchcock, que impele a sonhar com os filmes de Spielberg, e que de fato se torna sonho no *Cinema Paradiso* de Tornatore. O cinema é permeado pela condição humana na qual Capra faz questão de apostar, ao tempo que Woody Allen desespera dela, Fellini a desenha nos seus paradoxos, e Chaplin a recupera com um humor que é desculpa para amar, timidamente, profundamente, desesperadamente. Cinema que faz sonhar para, depois voltar à realidade da vida

ainda no vácuo dos sonhos, e comprovar que os filmes não são simples fuga da problemática diária, mas reabastecimento que nos permite enfrentar o cotidiano sem esquecer as possibilidades humanas. Em palavras de Wim Wenders, o cinema é “uma arma contra a miséria das coisas”.

Da temática humana decorre o poder de repercussão dos filmes; e os homens do cinema têm consciência dessa condição. Por isso vertem nos seus filmes histórias, situações, suas dúvidas, seus questionamentos. “Não se pode separar um homem da sua estética e dos seus transbordamentos artísticos –comentava Frank Capra. Arte que pode ser um livro, um filme ou qualquer outra coisa. Arte que é a expressão daquela pessoa, um parágrafo da sua própria autobiografia”. E justamente da interação –de ser caminho de comunicação- é de onde arranca a verdadeira força do cinema. Acertadamente comenta CEBOLLADA (1997): “O universo do cinema tem caracteres completamente distintos. Não tem uma realidade objetiva no espetáculo, mas subjetiva no espectador: é um produto exclusivamente humano, ocular e cerebral. Se durante uma projeção ninguém olha para a tela, não há propriamente cinema”. A metodologia empregada no presente trabalho, que visa sobretudo potencializar a comunicação com o cinema, encontra neste contexto uma razão de ser.

Parece, portanto, natural que os criadores de filmes contemplem a questão interativa como primordial na função do cinema. Comenta Billy Wilder: “Se um filme não funciona é porque você não conseguiu prender o público. É preciso ter faro, sorte, e também experiência para encontrar um problema que diga respeito às pessoas. Há somente uma regra: é proibido aborrecer. Interesse os espectadores, faça-os esquecer seu saquinho de pipocas, prenda sua atenção, impeça-os de ir ao banheiro no meio do filme. Fazer um filme é apresentar-se diante da tela e dizer: ‘eu inventei uma nova brincadeira, aqui estão as regras, vamos brincar juntos’” (CIMENT, 1988).

Hitchcock costumava dizer que se um espectador precisa perguntar a quem está sentado do seu lado quem é aquela personagem que aparece na tela, o diretor do

filme já tinha fracassado. Na opinião do diretor inglês, o cinema tinha de ser explicativo por si só, e através das imagens, sem necessidade de comentários anexos. Há que contar, na opinião de Hitchcock com o poder comunicativo do filme e não com a inteligência e perícia do espectador. Talvez por isso Chaplin, quando resistia às mudanças que o recém nascido cinema falado lhe impunha, divertia-se filmando diálogos atrás dos vidros da janela de uma casa, enquanto passava um trem, como dizendo: a imagem é tudo no cinema e, quando bem feito, os diálogos são dispensáveis.

Não é nosso objetivo nestas linhas finais prestar um culto ao cinema sem mais –seja ele cinema atual ou cinema do começo do século passado. Queremos destacar apenas o poder comunicativo da sétima arte, característica que sempre tiveram presentes os criadores de filmes. Comunicação e motivação permanente que faz, por exemplo, a Hitchcock criar a conhecida teoria do MacGuffin: um nome para designar o que na verdade é um simples pretexto, um truque, um arranjo, algo sem importância mas sobre o qual está montado o filme e prende a atenção do espectador para contar uma história. (TRUFFAUT, 1983). Diga-se de resto que os diretores –todos estes dos quais falamos, e muitos outros- se divertem fazendo os seus filmes. Trabalho, profissionalismo e diversão não são conceitos que se excluem, como não deve sê-lo o aprendizado e um contexto ameno e gratificante.

A proposta de educar através do cinema não parece estranha aos entendidos em filmes. É até provável que se formulássemos a pergunta com que iniciamos este epílogo aos homens do cinema obtivéssemos deles respostas que exigiriam de nós, professores, uma dose maior de profissionalismo. Se o diretor fracassa –em palavras de Hitchcock- quando o espectador não entende o que se passa e é obrigado a perguntar ao vizinho, o que dizer do professor que provoca perplexidade no aluno, que definitivamente desconhece os objetivos de um determinado contexto educacional? Isto, para parafrasear Wilder, é comprovar que os alunos –espectadores do cenário da educação- não só não esquecem as pipocas, como é a elas que devotam sua maior atenção, nunca à aula.

O cinema não é a solução para todos os problemas de atitudes que enfrenta a escola médica neste início de século. Mas pode ser um colaborador eficaz para iniciar um processo de mudança. Os artistas da sétima arte não parece que se incomodem com este uso que pretendemos dar às suas criações; é mais: provavelmente vêm com bons olhos nosso projeto. Afinal o nosso objetivo é o mesmo: construir o ser humano, “essa mistura de lodo e glória –em palavras de Frank Capra- e para a qual precisamos de doses enormes de otimismo, e de modelos e exemplos que nos elevem”. Eles, os diretores, fazem a sua parte. Cumpre a nós, educadores, realizar a nossa com fidelidade à missão recebida: formar os futuros médicos.

Conclusões

7. CONCLUSÕES

1. As discussões a partir do contato com as produções cinematográficas, **criam espaço** propício –formal e espontâneo– para uma **livre discussão das expectativas, dilemas e motivações** do aluno de medicina.

2. A experiência com o cinema **revela, amplia e clarifica o universo do aluno**, permitindo uma melhor expressão do seu **domínio afetivo**.

3. Promove-se no estudante uma **atitude reflexiva**, onde o aluno pondera e avalia as suas necessidades no próprio processo de formação acadêmica e como pessoa.

4. A experiência com o cinema revela a tendência e a prontidão que o estudante mostra para vincular-se com as situações concretas e com as histórias de vida, sublinhando a **importância de uma educação vinculada a aspectos pontuais** que contemplem essas realidades. O exemplo particular, a situação, a história têm força educacional.

5. O contato com o cinema mostra a importância de perfilar padrões educacionais que sejam aptos a trabalhar com um **contexto cultural que prioriza a emoção e a imagem**, onde o estudante está naturalmente inserido.

6. A **metodologia** utilizada aponta para a importância dos **comentários simultâneos do professor e na discussão posterior** como complemento necessário à projeção de vídeos editados.

Epílogo

8. EPÍLOGO: PERSPECTIVAS E DESDOBRAMENTOS

A vida é terra, e vivê-la é lodo
Tudo é maneira, diferença ou modo.
Em tudo quanto faças sê só tu,
Em tudo quanto faças sê tu todo.
F. Pessoa

O Prefácio que inaugura este trabalho aponta para a dupla temática com que o leitor se depara ao percorrer as suas páginas. São duas vertentes de uma única realidade, como duas faces da mesma moeda, representadas por suas partes respectivas no corpo do trabalho. Uma parte, a primeira, de carácter histórico-biográfico, núcleo motivador da experiência e da pesquisa realizada; a outra, a segunda, recolhe a pesquisa propriamente dita, seguida da necessária discussão. Parece lógico, pois, que neste comentário final tentemos agrupar as conclusões em duas ordens diferentes, mantendo-se deste modo a mesma perspectiva que animou o trabalho do pesquisador.

A primeira ordem de conclusões situa-se numa dimensão filosófica, cujo denominador comum é uma reflexão vocacional sobre o ser médico. As conclusões decantam-se quando **a reflexão é aplicada aos diversos encontros que o pesquisador percorre na sua trajetória biográfica,** e que desenham o universo sobre o qual incidirá a pesquisa. A abordagem filosófica provoca interrogações, levanta problemas, prepara o terreno sobre o qual poderá situar-se posteriormente a pesquisa.

A reflexão no encontro com o paciente provoca o desejo de conhecer o universo dele, a perspectiva antropológica do adoecer, e leva o pesquisador a adotar uma perspectiva onde a pessoa –e não a patologia- é o protagonista da relação médico-paciente. A resposta do médico para integrar-se neste novo contexto deverá ser a de assumir uma postura em que a sua função como médico é colocada ao serviço da paciente, estimulando a prática de uma medicina centrada na pessoa. O encontro com o aluno descortina o mundo do estudante com suas expectativas, dilemas e motivações; realidades estas que se inserem num sistema de valores próprios, que possui uma linguagem e comunicação peculiar. A reflexão sobre este encontro conduz aquele que assume o papel de educador a um empenho para entender a realidade educacional com a qual se depara, e a oferecer-se como auxílio eficaz no processo de aprendizagem.

Surge, assim, fruto destas reflexões sobre os encontros, uma primeira conclusão de ordem filosófica: **a necessidade de compreender a pessoa -do paciente, do aluno.** Compreensão esta que vai além de um simples desejo, ou até da boa vontade de uma disposição favorável e aberta. Para compreender verdadeiramente, mantendo nosso discurso no plano filosófico, é preciso aprender a fazê-lo. Trata-se de um conhecimento acessível a qualquer um, e para o qual conta, e muito, a boa vontade de quem pretende adquiri-lo. Mas é preciso ir além, e aprender os modos de compreensão, assimilar este conhecimento, transformá-lo de algum modo em metodologia que é, afinal, um sistema filosófico que governa o agir.

A filosofia, por outro lado, não é um simples postulado teórico, ou um conjunto de crenças mas redundando em posturas concretas diante da vida. O ato de compreender exige uma filosofia que *informe* a vida; informar, no sentido metafísico -isto é, o que dá forma, o que formata para dizê-lo com um termo mais atual. Somente quando se resolve a tão freqüente solução de continuidade entre uma filosofia teórica -corpo de conhecimentos- e a vida -que, por sua vez, pode estar repleta de bons desejos- é possível atingir o âmago do ato de compreender. Alguma referência faziam os clássicos a este dilema, tão velho como crucial, na conhecida expressão *Vita brevis, Ars longa*.

Para o nosso propósito a questão é vital, pois quando não existe união de filosofia e vida, e a vida se vai vivendo do melhor modo possível -animada de boa vontade- mas sem sustentação em valores filosóficos que trilhem caminhos de conhecimento, os resultados costumam ser desanimadores. No âmbito da educação médica que nos ocupa, é fácil perceber a impossibilidade de ensinar a viver -no caso, ensinar uma atuação voltada para a compreensão da pessoa-, quando se carece de uma metodologia própria, quando não se percorreram pessoalmente os caminhos que levam a aprender a compreensão. Tudo ficará por conta de uma espontaneidade -mal chamada de carisma- sujeita à fragilidade dos altos e baixos da vida, em espectro que compreende desde a intuição oportuna -que pode vir ou não no momento preciso- até o trivial dos estados de ânimo, ou do desgaste da condição humana, que nem sempre apresenta a boa disposição que seria de desejar. A espontaneidade débil, desprovida de sustentação metodológica, é incompetente para educar, para formar pessoas; quando muito, estimulará um ou outro sonho que se desvanecerá ao contato com o prosaico do cotidiano. E os sonhos desfeitos -fogo de palha- rendem a cinza do sombrio ceticismo, primeiro do aluno, depois do próprio professor, que contempla, lamentando-se, a ineficácia do seu empenho repleto de bons desejos, mas órfão de metodologia. Em palavras do poeta^(*), a vida que é terra se transforma em lodo na hora de vivê-la. O saber navegar e crescer, não apenas sobreviver, nesse meio é questão da maneira e do modo como se vive. Essa é a diferença, e o sustento que oferece a filosofia que informa a vida. Surge, assim, uma outra conclusão, situada no registro filosófico, que complementa a anterior: **é preciso aprender os caminhos de conhecimento para atingir a compreensão da pessoa**

A Medicina de Família, com seu corpo próprio de conhecimentos nos oferece, no terceiro encontro, um suporte metodológico que fornece elementos para os caminhos de compreensão. Esta disciplina, instalada academicamente em vários países, a maioria de tradição anglo-saxônica, e que no Brasil vai dando seus primeiros passos dentro das escolas médicas, colabora com uma metodologia construída sobre a compreensão da pessoa. Uma abordagem centrada no paciente como ponto de partida da atenção primária à saúde, e uma reflexão permanente sobre

^(*) Fernando Pessoa. Cancionário. Ed. Nova Aguilar. Rio de Janeiro. 1976

o processo de educação médica focalizada nas necessidades do aluno, fazem desta disciplina acadêmica um recurso eficaz na construção metodológica dos caminhos de aprendizado, e um amplificador das reflexões provocadas pelos primeiros encontros. Assim, a **Medicina de Família pode constituir um elemento de trabalho -um caminho determinado- que colabora para sistematizar e consolidar, dando-lhes forma, as conclusões anteriores.** Uma filosofia cuja aplicação na vida já está sendo trilhada, há mais de 30 anos, por muitos no âmbito acadêmico. Pensar na função que esta disciplina poderia ter no contexto da graduação médica, e os modos possíveis de incorporar a sua perspectiva de ação -o seu sistema filosófico e sua aplicação prática- nas escolas médicas, é algo que surge também como conclusão dos encontros e reflexões. Uma conclusão que é aberta -e por isso situada na ordem filosófica- pois mais representa um ponto de partida, uma linha de pesquisa que deverá ser desenvolvida, do que um objetivo alcançado. No seu empenho educacional voltado para a pessoa, as Humanidades encontram também espaço formal dentro do sistema metodológico da Medicina de Família, o que nos leva até a última conclusão da vertente filosófica do presente trabalho.

O Humanismo, e com ele as Humanidades, não são uma novidade no campo educacional, nem muito menos, um privilégio dos interessados em educação médica, ou dos envolvidos em Medicina de Família. O ensino das humanidades é, provavelmente, o primeiro passo e *conditio sine qua non* de qualquer projeto educacional que contempla a formação do ser humano. A educação na vida, no ensino pré- universitário e, sem dúvida, na Universidade tem de contar com o Humanismo como elemento indispensável. Até o ponto de que ser universitário -quer dizer, alguém com visão ampla, universal- sem ser humanista, é uma contradição conceptual. Refletir sobre este paradoxo -infelizmente mais freqüente do que se poderia pensar- encontra-se fora dos objetivos do presente trabalho, sem que por isso deixemos de apontar aqui uma outra linha de pesquisa no âmbito filosófico, que deveria ser desenvolvida em paralelo com a função educacional da Universidade.

Não sendo, pois, novidade o tema do Humanismo na Medicina, a reflexão converge para um aspecto análogo ao levantado pela compreensão da pessoa; quer

dizer, não é suficiente querer ser humanista -no caso, pretender uma prática humanista da medicina- mas é preciso aprender a fazê-lo. Se com o tema da compreensão, anteriormente analisado, geravam-se mal-entendidos mascarados pelo que denominamos boa vontade órfã de metodologia, no presente caso as imprecisões são do mesmo modo freqüentes, até por existir uma dificuldade maior na avaliação das atitudes. Afinal, intuitivamente, é possível avaliar a boa vontade das pessoas, mas torna-se muito mais difícil medir “o grau de humanismo”. Ensinar algo difícil de medir, mesmo de intuir, é de todo ponto, mais trabalhoso. Por isso, a reflexão sobre o Humanismo que se conduz neste trabalho tem um objetivo, primeiramente, conceptual.

Definir o perfil do que seja Humanismo, saber de que Humanismo estamos falando, é o primeiro passo para tentar ensiná-lo aos outros. O discurso da reflexão sobre este encontro aponta aqui outra conclusão: **o Humanismo surge como uma fonte a mais de conhecimentos para o médico, como uma ferramenta de trabalho imprescindível**, que é tão importante -não mais nem menos- como os muitos outros conhecimentos e habilidades que se adquirem na escola médica. **O humanismo, para o médico, consiste essencialmente em adotar uma postura reflexiva no seu atuar**, adotar um verdadeiro exercício filosófico da profissão, independente de qual seja o seu foco particular de atuação como médico. Neste ponto entende-se por que a Medicina de Família, cujo sistema filosófico se situa na órbita da prática reflexiva da profissão, abre um espaço concreto ao ensino das Humanidades, e as convoca como recurso eficaz para promover e perpetuar a reflexão do médico.

Chegamos ao final do nosso itinerário reflexivo sobre os encontros. Um itinerário que é apresentado como preliminar a uma pesquisa, fazendo parte de um mesmo corpo de trabalho, porque é de esperar que qualquer um que percorra este itinerário chegará a formular interrogações análogas àquelas que aqui se expõem. Não terá de chegar necessariamente às mesmas conclusões mas, com grande probabilidade, os questionamentos que surgirão na vivência desta trajetória apresentarão semelhança com os descritos nestas linhas. Acolhe-se assim a sempre

delicada questão da reprodutibilidade da pesquisa científica, parâmetro considerado de excelência nos cânones clássicos do pesquisador. A história mostra que no âmbito filosófico a reprodutibilidade do pensar é representada pelas questões e interrogações que o filósofo se faz, e não tanto pelas conclusões a que chega. O importante, o que confere seriedade a um sistema filosófico é a arte –que é honestidade e coragem– na hora de fazer perguntas.

Falamos de interrogações e de conclusões, sem nos aventurar com soluções. Não é o objetivo desta primeira vertente –nem do trabalho como um todo– apontar soluções mas formular questionamentos. No final do itinerário nos situamos no Humanismo, e no ensino das humanidades como um recurso para promover e perpetuar a atitude reflexiva do médico; no nosso caso, do estudante de medicina. Oferecer ao estudante uma metodologia com ênfase nos recursos humanísticos, para que em reflexão habitual, possa aprender os caminhos de compreensão da pessoa, do paciente. Oferecer ao educador um recurso humanístico para trilhar os caminhos de compreensão da pessoa do estudante, de quem pretende formar um médico. Esta é a contribuição –não solução, apenas um caminho– que a presente pesquisa recolhe na segunda parte deste trabalho.

Cabe agora comentar as **conclusões agrupadas numa segunda ordem e que abordam as possibilidades educacionais do cinema, como manifestação humanística**. O cinema, que é a ferramenta da nossa pesquisa, é também elo de ligação entre as duas vertentes deste trabalho. Por um lado, representa para o autor uma importante carga biográfica na sua formação pessoal; tem, para dizê-lo com outras palavras, suficientes motivos, conquistados na história de vida do pesquisador, para protagonizar a pesquisa. Por outro lado, o itinerário das reflexões que nos levaram às conclusões de ordem filosófica, desemboca nos recursos humanísticos como instrumento que promove a atitude reflexiva. A união dos extremos é quase inevitável, resultando na pergunta que orienta a pesquisa: não se poderia fazer do cinema, que representou um elemento formativo na educação do autor, um recurso educacional formal?

O núcleo da pesquisa é montado sobre esta pergunta. O desenho do trabalho responde a um perfil qualitativo, pois se trata de avaliar vivências, experiências vividas –provocadas ou despertadas- pelo contato com o cinema. O olhar qualitativo torna-se necessário para acompanhar fenomenologicamente o decorrer da pesquisa, procurando compreender e explicar os valores e significados emergentes, agrupando-os em categorias que permitam a reflexão posterior sobre elas, dando passo à discussão que constrói o conhecimento. A fundamentação da abordagem qualitativa compreende um capítulo inteiro que pretende ser, em suma, um exercício prático da perspectiva adotada.

Na análise que apura os resultados das categorias emergentes, despontam as conclusões como fruto da experiência com o cinema. Primeiramente, nota-se que a **experiência revela, amplia e clarifica o universo do aluno**, confirmando-se assim experimentalmente, através da fenomenologia das vivências, o que já tinha sido apontado na reflexão realizada no início sobre o mundo do estudante. Assim, são manifestadas as questões de caráter vocacional que constituem dúvidas, questionamentos ou perplexidades para o aluno. Igualmente as carências que o aluno aponta na dimensão humana da sua formação, a solicitação desta formação oferecida em espaço formal, a necessidade de modelos para assimilar atitudes e modos de comportamento são reveladas na experiência vivenciada. A experiência, pois, confirma e amplia a perspectiva sobre o universo do aluno através de uma metodologia que torna mais claros e explícitos os conteúdos desse universo do futuro médico. Proporciona-se, ao mesmo tempo, um **espaço apropriado para a discussão**, onde o aluno pode expor seus dilemas, dando voz à sua interioridade. Cria-se, enfim, um contexto -ao mesmo tempo formal e espontâneo- para que o aluno se exercite numa **reflexão sobre o seu próprio processo de formação acadêmica, e como pessoa**.

Manifesta-se igualmente através da experiência que a metodologia que incorpora as discussões sobre o cinema atua como um **facilitador que permite a expressão afetiva do aluno**. O cenário educacional assume assim papel de interlocutor e até de linguagem, com que o aluno sintoniza com facilidade, porquanto

ele se identifica com as situações apresentadas nos filmes, utilizando-as como meio de expressão. A **tendência e a prontidão que o estudante mostra para afinar-se com as situações concretas e com as histórias de vida**, apontam para a **importância de uma educação vinculada a aspectos pontuais** que contemplem essas realidades. O exemplo particular, a situação, a história têm força educacional.

A tendência que o estudante apresenta para prender-se ao exemplo concreto, encontra-se estreitamente vinculada a uma outra conclusão que a experiência com o cinema torna particularmente transparente: **o contexto da cultura da emoção e da imagem** onde o estudante, fruto do meio que o circunda, está inserido. Assim, o contato com o cinema faz pensar na necessidade de perfilhar padrões educacionais que sejam aptos para trabalhar estas questões. Surge como desafio estabelecer um processo educacional focado na tradução, ampliação e fundamentação da motivação que chega ao aluno em forma de imagem e de emoção. **A motivação que arranca da afetividade parece ser fundamental para o processo.** Sem motivação qualquer tentativa de criar fundamentos especulativos para atitudes carece do estímulo necessário.

As conclusões que decorrem da própria metodologia utilizada na experiência com o cinema, são amplamente comentadas no capítulo correspondente. Vale a pena sublinhar, no entanto, que a imagem -proveniente das cenas de filmes selecionadas e projetadas- deve ter o seu **complemento necessário nos comentários simultâneos** que estimulam a reflexão, **e na discussão posterior** entre os participantes, em que se cria o espaço necessário para que possam revelar-se os temas de fundo, acima apontados como conclusões e que são, em última análise, o conjunto de possibilidades educacionais que o cinema oferece.

Chegamos ao final destes comentários que se apresentam como tarefas a realizar, trabalho futuro. A missão da Universidade, tema amplamente abordado na discussão, merecerá uma reflexão à parte e pressuporá inúmeros desdobramentos à medida que possa abranger a perspectiva educacional centrada no universo do aluno, com seus valores e percepções peculiares. O papel do professor-educador terá de ser,

certamente, repensado à luz destas conclusões para satisfazer as expectativas educacionais. Os modelos, como recurso educacional, assumem importância particular no empenho de promover atitudes, que é a essência da educação. Em todo este panorama que se descortina à nossa frente, o presente trabalho pretende ser uma colaboração concreta, um ponto de partida para pesquisas futuras.

A experiência educacional que adota uma metodologia baseada no cinema para aproximar-se do universo do aluno, cria espaço para uma educação humanista moderna, por promover a atitude reflexiva do estudante, futuro médico. Constitui recurso formativo que, sintonizando com o aluno por utilizar uma linguagem familiar, perfilada pelas emoções e pela imagem, procura integrar a dimensão afetiva num projeto educacional. Traça, enfim, um caminho que bem pode ser parte da resposta que o poeta sugere para fazer a diferença, e sobreviver no lodo em que a vida se transforma inevitavelmente: ser só tu, ser tu todo. Quer dizer, ter o aprumo e a responsabilidade de quem conquista suas convicções, em reflexão permanente, em atitude filosófica que nutre a vida diária.

Bibliografia

9. BIBLIOGRAFIA

- ADDISON, R.B. (1999) A Grounded Hermeneutic Editing Approach. *In* Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "*Doing Qualitative Research*". (2nd. Ed. pp. 145-162) Sage Publications, Inc. California.
- AMBROZY, DM; IRBY, DM; BOWEN, JL; BURACK, JH; CARLINE, JD; STRITTER, FT (1997) Role models: perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. *Acad Med.* **72**: 12, 1119-21
- ANDRE, Marli E.D.A (1995) : *Etnografia da Prática Escolar*. Papirus. Campinas SP
- ANNANDALE, E; CUNNINGHAM-BURLEY, S(1996) Medical Students' perceptions of medical malpractice..*Med Educ* **30**: 4, 253-8
- BAJO GARCIA, J; GARCIA GARCIA, JA; LANDA PETRALANDA, V; MARIJUAN ARCOCHA, L ; RODRIGUEZ SALVADOR, JJ (1990). Cuidado del enfermo terminal visto por el medico de familia. *Arten Primaria*; **7** (9) : 538-46,
- BEAUDOIN C; MAHEAUX, B; COTE, L; DES MARCHAIS, JE; JEAN, P; BERKSON, L (1998) Clinical teachers as humanistic caregivers and educators: perceptions of senior clerks and second-year residents. *CMAJ* **159**: 7, 765-9
- BELLE BROWN, J. (1999) The use of Focus Groups in Clinical Research. *In* Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "*Doing Qualitative Research*". (2nd. Ed. pp. 109-126) Sage Publications, Inc. California.
- BERTAND, M (1999) To go along with life until death ; *Bull Acad Natt Med*; **183** (5): 935-43,

- BISSONETTE, R; O'SHEA, RM; HORWITZ, M; ROUTE, CF (1995) A Data-generated basis for medical ethics education: categorizing issues experienced by students. *Acad Med*, **70**:11, 1035-1037
- BLASCO, P.G. (1997). *O Médico de Família, hoje*. Sobramfa. São Paulo.
- BLASCO, P.G. (1997) (2) .Medicina e Pessoa Humana. *Revista Mirandum* , Ano I, n.2 pp 47-64 Ed. Mandruvá. São Paulo. (<http://www.hottopos.com>)
- BLASCO, P.G. (1998). El médico de família: Medicina y Persona Humana. *Cuadernos de Bioética*. Vol IX. N. 34, 2ª 1998. Santiago de Compostela. Espanha.
- BLASCO, P.G.(1999) Antopologia Médica e Medicina de Família: um ensaio curricular em medicina humanística”. *Anais do III Encontro Nacional de Professores de Psicologia Médica*.Rio de Janeiro, Julho 1999.
- BLASCO, P.G.; LEVITES, M.R.; ALBINI, R.R. (1999) O valor dos recursos humanísticos ne educação médica: literatura e cinema na formação acadêmica. *Revista Videtur* n.8,pp31-40 Ed. Mandruvá. São Paulo. (<http://www.hottopos.com>)
- BLASCO,PG; RONCOLETTA,A.F.T; MORETO,G; LEVITES, M.R., AZEVEDO, R.S.(2000) Recursos Literários e Cinematográficos na Educação Médica. *Anais do II Congresso Paulista de Educação Médica*. São Paulo, Maio 2000.
- BLASCO, P.G.(2001):“Literature and Movies for Medical Studentes” *Family Medicine* **33**:6, 426-8
- BLASCO, P.G. (2001) (2): “A Medicina e Família: um caminho para humanizar a Medicina”. *Revista Notandum*, n. 9, pp 51-60. Ed Mandruvá. São Paulo. (<http://www.hottopos.com>)
- BLASCO,PG; MORETO,G; RONCOLETTA, A; AZEVEDO, R; LEVITES, M (2001) “Accompanying Family Doctors: Innovative Learning Model for Brazilian Medical Students”, Scholastic Poster. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicina, 34th Annual Spring Conference, Denver, Colorado, USA. Abril –Maio 2001.

- BLASCO,PG; LEVITES, M; MORETO,G; RONCOLETTA,AF; AZEVEDO, RS;
(2001)(2) "*The value of humanistic resources in medical education: literature and movies for medical students*" Conference Program. Poster Session. 16 th World Congress of Family Doctors. Durban. South Africa. Maio 2001
- BLASCO,PG; RONCOLETTA,AF; MORETO,G; LEVITES, M; AZEVEDO, RS;
(2001)(3) "*Accompanying physicians in their family practice: a primary care model for medical students' learning in Brazil*" Conference Program. Poster Session. 16 th World Congress of Family Doctors. Durban. South Africa. Maio 2001
- BOGDEWIC, S.P.(1999) Participant Observation. *In* Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "*Doing Qualitative Research*". (2nd. Ed. pp. 47-70) Sage Publications, Inc. California.
- BOGDEWIC,S. (2001) The Call for Moral Leadership. *Fam Med*'**33**(2):86-8
- BOGDEWIC,S. (2002) The Questioning Machine. *Fam Med*'**32**(10):670-2
- BORKAN, J. (1999) Immersion/ Crystallization. *In* Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "*Doing Qualitative Research*". (2nd. Ed. pp. 179-194) Sage Publications, Inc. California.
- BOTELHO, R; LONGNECKER, R; GILCHRIST, V; SHAPIRO, J. (2001). *Developing Reflective Practitioners*. Theme Day. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicina, 34th Annual Spring Conference, Denver, Colorado, USA. Abril –Maio 2001.
- BRANCH, WT; ARKY, RA; WOO,B; STOECKLE, JD; LEVY, DB; TAYLOR, WC (1991) Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. *Ann Intern Med* **114**:6, 482-9
- BÜCHNER, F.(1966) *Cuerpo y espíritu en la medicina actual*. Rialp. Madrid.
- BUCKMANS, R. (2000) "One example is worth a million words" *Canadian Family Physician*, **46**: 1003-4

- CALMAN, K,C; DOWNYE, R.S.; DUTHIE, M (1988). "Literature and medicine: a short course for medical students". *Medical Education* **22**: 265-9
- CALMAN, KC (1997) - "Literature in the education of the doctor" *Lancet* **350**:1622-24
- CAMERON, I (2000): "Role and image of family physicians" *Canadian Family Physician*, **46**: 284-289
- CANDIB, L.M; GELBERG, L (2001) How will Family Physicians Care for the Patient in the Context of Family and Community. *Fam Med* **33**(4):298-310
- CARMICHAEL, L; SCHOOLEY, S.(2000).Is where we are where we were going? A dialogue of two generations. *Fam Med*: **33**(4): 252-8
- CARSPECKEN, F and APPLE, M (1992) Theory, Methodology and Practice In LeCompte, M D; Millroy W. L; Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pg. 507-554) Academic Press. San Diego California.
- CARTER, J., POWELL, R.C (1988) Role Modeling. *Indiana Medicine*, 81(3): 251-3.
- CASSIDY, RC; SWEE, DE; STUART, MR (1983).Teaching biopscho-ethical medicine in a family practice clerkships. *J Med Educ* **58**: 10, 778-83
- CEBOLLADA, P. (1997) *Una mirada al cine*. Centro Español de Estudios cinematográficos y audiovisuales.
- CERVANTES, M. (1949) *Obras Completas* Aguilar.Madrid.
- CHARLTON, BG (1993) - "Holistic medicine or the humane doctor" *Br J Gen Pract* **43**: 376, 475-7
- CHAVARRIA CRESPO, F (1982). Humanismo Crítico- Humanismo y Marxismo. *Humanismo e Medicina*. II Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Previsión Sanitaria Nacional & Colégio Oficial de Médicos. Murcia. España.
- CHOZA, J.(1994) *Los otros humanismos*. EUNSA. Pamplona.
- CIMENT, M. (1988). *Hollywood. Entrevistas*.Brasiliense. São Paulo.

- CLIFFORD, J. (Ed) (1986) *Writing culture: The poetics and politics of ethnography*. Berkeley: University of California Press.
- COLES, R (1998): "The moral education of medical students" *Acad Med* **73**: 1, 55-7
- COX, K (1996). Teaching and learning clinical perception. *Med Educ* **30**: 2, 90-96
- CRABTREE, B.J; MILLER, W.L.(1999) "Doing Qualitative Research". California. Sage Publications, Inc.
- CUADRADO-CERVERA, A (1982). Poco más que una caricatura. *Humanismo e Medicina*. II Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Previsión Sanitaria Nacional & Colegio Oficial de Médicos. Murcia. España.
- CULPEPPER, L; GILBERT, TH,T (1999): "Evidence and ethics" *Lancet* **353**:829-831
- D'ORS, E. (1915) *Aprendizaje y heroísmo*". Madrid. 1915
- DAMASIO, A.R. (1996) *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Crítica Barcelona..
- DECOURT, LV (2000) William Osler na Intimidade de Seu Pensamento. *Revista do Incor*,.
- DEYHLE, D.L; HESS Jr., G.A. and LE COMPTE, M.D. (1992) Approaching Ethical Issues In LeCompte, M D; Millroy W. L; Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pg. 595-642). Academic Press. 1992. San Diego California.
- DOBBERT, M.L. and KURTH-SCHAI, R. (1992) Systematic Ethnography .In LeCompte, M D; Millroy W. L; Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pg. 93-160). Academic Press. 1992. San Diego California.
- DOWNIE, RS; HENDRY, RA; MACNAUGHTON, RJ; SMITH, BH (1997) The humanizing medicine: a special study module. *Med Educ* **4**:276-80
- EBELL, M,H; FRAME, P (2000): "What can technology do to, and for, Family Practice" *Fam Med* **33**(4):311-19

- EISENHART, M.A. and HOWE, K.R. (1992) Validity in Educational Research. In LeCompte, M D; Millroy W. L; Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pg. 643-680). Academic Press. 1992. San Diego California.
- ERICKSON, F (1986): Qualitative methods of research on teaching. In M. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 119-161). New York; Macmillan.
- FERRES, J. (2000) *Educar en una cultura del espectáculo*. Paidós. Barcelona
- FICKLIN, F.L.; BROWNE, V.L. (1988) Faculty and house staff members as role models. *Journal of Medical Education*, **63**: 392-396, 1988
- FINCHER, RM; LEWIS, LA; JACKSON, TW (1994) "Why students choose a primary care or nonprimary care career. The Specialty Choice Study Group" *Am J Med* **95**: 5, 410-7
- FLEXNER, A. (1930) *Universities, American, English and German*. New York. Oxford University Press.
- FOX, TF (1965) The purpose of medicine. *Lancet* 1965, ii 801-805
- FRANK, CH (1999) "Delirium, consent to treatment, and Shakespeare" *Canadian Family Physician* **45**: 875-876
- FRANKEL, R.M. (1999) Standards of Qualitative Research. In Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) *"Doing Qualitative Research"*. (2nd. Ed. pp. 333-346) Sage Publications, Inc. California.
- FRANKL, V.E. (1973) *Psicoterapia e sentido da vida* Quadrante. São Paulo.
- FRANKL, V.E. (1986) *Psicoterapia ao alcance de todos* Herder. Barcelona.
- FREEMAN, J; POLLOCK, M; SCHNEIDER, D (2000). *Family Practice Residency Education Taught by Family Practice Faculty: why should this be considered innovative?* Seminar. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicine, 33rd Annual Spring Conference, Orlando, Florida. USA. Maio 2000.

- GALLIAN, D. M. C. "A (re)humanização da medicina" *Psiquiatria na Prática Médica*. **33**:2, abr. jun. 2000.
- GARFINKEL, H (1964): Studies of the routine ground of everyday activities. *Social Problems*, 11, 225-250.
- GEERTZ, C (1989). *El Antropólogo como autor*. Paidós. Barcelona
- GILCHRIST, V. and WILLIAMS, R.L (1999) Key Informant Interview. In Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "*Doing Qualitative Research*". (2nd. Ed. pp. 71-88) Sage Publications, Inc. California.
- GOLDWIN, M: (2000) Family Medicine Research. *Canadian Family Physician*, **46**: 1035-1040
- GRAHAM, B (1997). Academy EVP defines specialty's challenges for next 25 years. FP Report, 1997. (July):3.in *Fam Med*: **33**(4): 259-67.
- GRAY, W (1973) Emotional-cognitive structures: a general system theory of personality. *General Systems*, 18, 167-173
- GREEN, L; GRAHAM, R; STEPHENS,G; FREY, J (2001). A Preface Concerning Keystone III. *Fam Med*: **33**(4): 230-1
- GUIMARÃES ROSA, J. (2001) *Grande Sertão: Veredas*. Ed. Nova Fronteira, 19^a edição. Rio de Janeiro.
- HAFFERTY, FW; FRANKS, R (1994).The hidden curriculum. etichs teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* **69**: 11, 861-871
- HAQ, C; FREY, J; DAVIS,J; GROSCH,M (2000) *Preparing Future Leaders in Family Medicine*. Seminar. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicina, 33rd Annual Spring Conference, Orlando, Florida. USA. Maio 2000.
- HAYWARD, RS; HONER, WG (1985) Student-directed teaching of medical ethics at a canadian medcial school *J Med Educ* **60**: 5, 384-9
- HEBERT,C (1998) - "To know your patient's name". *Canadian Family Physician*. **44**: 16-8
- HEKELMAN, FP; BLASE, JR (1996) - "The excellence in clinical teaching: the core of the mission" *Acad Med* **71**: 7, 738-42

- HELLIWEL, J.A. (1999) "The evolution and inevitability of family practice (A shave, a chat,...)" *Canadian Family Physician* **45**: 859-861
- HENNEN, B: (2000) "The College and the groves of Academe" *Canadian Family Physician*, **46**: 784-789
- HENEZZEL, M, (1996) *La muerte íntima*.Plaza&Janés. Barcelona.
- HOMENKO, DF; KOHN, M; RICKEL, T; WILKINSON, ML (1997) Student identification of ethical issues in a primary care setting. *Med Educ* **31**:1, 41-44
- HUNDERT, EM; DOUGLAS-STEELE, D; BICKEL, J (1996-2). Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ* **30**: 5, 353-64
- HUNDERT, EM; HAFFERTY, F; CHRISTAKIS, D (1996) : "Characteristics of the informal curriculum and trainees' ethical choices" *Acad Med*. **71**: 6, 624-42
- JANSEN,G. and PESHKIN, A. (1992) Subjectivity in Qualitative Research. In LeCompte, M D; Millroy W. L; Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pg. 681-726).Academic Press.1992. San Diego California.
- JASON,H; WESTBERG, J.(2001) *Developing the habit of being constructively reflective: a key to learning from experiences*. Theme Day. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicina, 34th Annual Spring Conference, Denver, Colorado, USA. Abril –Maio 2001.
- JIMENEZ LOZANO, J. (1992) *El mudejarillo*.Anthropos. Barcelona.
- KAPLUN, M. (1998) *Una pedagogía de la comunicación* De la Torre, col. Proyecto Didáctico Quirón. Madrid.
- KASSEBAUM, DG; CUTLER, ER (1998).On the culture of student abuse in medical school. *Acad Med*. **73**:11, 1149-58
- KIERAN, G. S.; MAC AULEY, D; GRAY, D.P (1998) "Personal significance: the third dimension". *Lancet* **351**:134-136
- KLEINMAN, A; EISENBERG, L; GOOD, B (1978) Culture, Illness, and Care. Clínic Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research..*Ann Int Med* **88**:251-258

- KOEPELMAN, LM (1995) : "Philosophy and medical education" *Acad Med* **70**: 9, 795-805
- KOLOTYLUK, T. (2000) "A day in life" *Canadian Family Physician*, **46**: 46-50
- KUZEL, A.J.(1999): Sampling in Qualitative Research. In Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "*Doing Qualitative Research*". (2nd. Ed. pp. 33-46) Sage Publications, Inc. California.
- LAIN ENTRALGO, P. (1965) *Vida, obra y persona de Gregorio Marañón*. In G. Marañón, Obras Completas. Introducción. Espasa Calpe. Madrid. 1966
- LAUAND, LJ (1998) Educação e Memória in *Mirandum*. Ano II,n. 4.(Suplemento). Cfr: <http://www.hottopos.com> (Editora Mandruvã)
- LAWRENCE S. LINN, M. ROBIN DIMATTEO, DENNIS W.COPE, ALAN ROBBINS. (1987). Measuring Physicians' Humanistic Attitudes, Values, and Behaviors. *Medical Care* **25**:6, 504-513
- LICHSTEIN, PR; YOUNG, G: (1996) My most meaningful patient. Reflective learning on a general medicine service.. *J Gen Intern Med*. **11**: 7, 406-9
- LIFSHITZ, A (1997) - "The human, humanistic, humanist and humanitarian in medicine" *Gac Med Mex* **133** (3): 237-243
- LOEWE, R; FREEMAN, J.(2000). Interpreting diabetes mellitus: differences between patient and provider models of disease and their implications for clinical practice. *Culture, Medicine an Psychiatry*. **24**: 379-401.
- LUTZ, .C and WHITE, G.M. (1986) The anthropology of emotions. In B. Siegel, A. Beals, and S. Tyler (Eds), *Annual Review of Anthropology*, 1, 405-436
- MACINTYRE, A.(1987) *Trás la virtud*. Crítica, Barcelona.
- MAHEUX, B., DELORME, P., BÉLAND, F; BEAUDRY, J(1990). Humanism in medical education: A study of educational needs peerceived by trainees of three canadian schools. *Acad Med* **65** : 41-45.
- MAHEUX, B; DELORME, P; BEAUDRY, J (1990) Humanism in medical education: a study o educational needs perceived by trainees of three Canadian schools. *Acad Med*, **65**:1, 41-5

- MALTERUD, K. (1999) Making changes with key questions in Medical Practices. Studying what makes a difference. In Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "Doing Qualitative Research". (2nd. Ed. pp. 313-332) Sage Publications, Inc. California.
- MANCA, D. (2000) Celebrating the millennium – Millennium Series- Canadian Family Physician, **46**: 45.
- MANT, D (1999) : "Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients?" *Lancet* **353**: 743-746
- MARAÑÓN, G. (1933) Mi homenaje a Francisco Huertas. En *Obras Completas*, vol III Espasa Calpa. Madrid, 1966
- MARAÑÓN, G. (1933-2) Los deberes olvidados. En *Obras Completas*, vol III Espasa Calpa. Madrid, 1966
- MARAÑÓN, G. (1946) *Ensayos Liberales* Austral, Buenos Aires,
- MARAÑÓN, G. (1946) *Vocación y ética*. Espasa Calpe Buenos Aires.
- MARAÑÓN, G. (1954) *La medicina y nuestro tiempo* Espasa Calpe. Madrid.
- MARAÑÓN, G. (1966) Breve prólogo a mis prólogos. In Gregorio Marañón. *Obras Completas*. Espasa Calpe. Madrid 1966
- MARIAS, J. (1977) *Literatura e Gerações*. Livraria Duas Cidades. São Paulo
- MARIAS, J (1992). *La educación sentimental* Alianza Editorial. Madrid.
- MARINA, J.A. (1996)J. *El laberinto sentimental*. Anagrama. Barcelona.
- MATHIASSEN, H; ALPERT, J.S.(2001) Only connect: musing on the relationship between literature and medicine. *Fam Med* **33**: (5)349-51
- MC CORMICK, J (1996) - "The Death of the personal doctor" *Lancet* **348**: 667-8
- MC WHINNEY, I (1997-2) - "The importance of being different. Part I: The marginal status of family medicine" Part II: "Transcending the mind-body fault line" *Canadian Family Physician* **43** : 193-5; 404-6
- MCWHINNEY (1969). The Family Physician as a research worker. *Canadian Family Physician*, 1969; sept: 133-40

- McWHINNEY, I. (1997) *A textbook of Family Medicine*. New York. Oxford University Press.
- MENDEL, D. (1984) *Proper Doctoring*".Ref.Ed. Espanhola EUNSA.Pamplona 1991
- MERRILL, JM; LORIMOR, RJ; THORNBLY, JI; VALBONA, C (1998)Medical Students' perceptions of their own. *South Med J* **91**: 3, 256-60
- MILLER, W.L. and CRABTREE, B. (1999) Depth Interviewing. In Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "*Doing Qualitative Research*". (2nd. Ed. pp. 89-108) Sage Publications, Inc. California.
- MISHLER, E.G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood. NJ: Ablex.
- MITCHELL, KR; LOVAT, TJ; MYSER, CM (1992) Teaching bioethcis to medical students: the Newcastle experience. *Med Educ* **26**: 4, 290-300
- MONASTERIO, F. (1982).Planteamiento del Humanismo Médico. *Humanismo e Medicina*. II Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Previsión Sanitaria Nacional & Colegio Oficial de Médicos. Murcia. España.
- MULLER, J.H (1999) Narrative Approaches to Qualitative Research in Primary Care. In Crabtree, B.L And Miller, W.L (Eds) "*Doing Qualitative Research*". (2nd. Ed. pp. 221-238) Sage Publications, Inc. California.
- MUSHAM, C; CHESSMAN, A (1994) : "Changes in medical students' perceptions of family practice resulting from a required clerkship" *Fam Med* **26**:8,500-3
- MUTHA, S.; TAKAYAMA, , J.I; O'NEIL, E.H.(1997) Insights into medical students career choices based on third and fourth year students focus-group discussions. *Academic Medicine*, 72(7): 635-640
- MYSER, C; KERRIDGE,IH; MITCHELL, KR (1995) Ethical reasoning and decision marking in the clinical setting: assessing the process. *Med Educ* **29**: 1, 29-33
- ORREGO VICUÑA, F (1997). Medical Education at Universidad de los Andes.*Rev Med Chil* **125**: 7, 823-6

- ORTEGA Y GASSET, J. (1915) *Que es un paisaje?* In El Espectador. Vol II. Revista de Occidente. Madrid.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1916): El Espectador, I In Ortega y Gasset: *Para la cultura del amor*. Ediciones El Arquero. Madrid. 1988.
- ORTEGA y GASSET, J.(1921) Introducción a un Don Juan. In José Ortega y Gasset. *Para la Cultura del Amor*.El Arquero. Madrid. 1988.
- ORTEGA Y GASSET (1921). Biología y Pedagogia. En *El Espectador. Vol III*. Revista de Occidente. Madrid.
- ORTEGA y GASSET, J (1925).Para una Psicología del Hombre Interesante. In José Ortega y Gasset. *Para la Cultura del Amor*.El Arquero. Madrid. 1988.
- ORTEGA y GASSET, J.(1926). En el “Bar Basque”. In José Ortega y Gasset. *Para la Cultura del Amor*.El Arquero. Madrid. 1988.
- ORTEGA y GASSET, J.(1927) *Estúdios sobre el Amor*. Revista de Occidente. Madrid. 1980
- ORTEGA Y GASSET, J (1930): *La rebelión de las masas*. Revista de Occidente. Madrid.
- ORTEGA Y GASSET, J.(1930) *Misión de la Universidad*. Revista de Occidente. Edição 1997. Alianza Editorial. Madrid. Edição em Português: “Missão da Universidade” EdUERJ, 1999.
- ORTEGA Y GASSET, J (1981) *Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América*. Revista de Occidente. Madrid.
- OTEROS, O.F.(2000) *Educación del Corazón* Ed. InterUniversitarias. Madrid.
- PESSOA, F. (1976) *Cancioneiro*. Nova Aguilar. Rio de Janeiro.
- PHILLIPS, W.R.; HAYNES, D.G. (2000).The Domain of Family Practice: Scope, Role and Function. *Fam Med*: **33**(4): 2730-7
- PILLOT, J (1999) Psychorelational aspects of the end of life ; *Ver. Prat*; **49** (10): 1057-62,

- PITMAN, M.A. and MAXWELL, J.A. (1992) Qualitative Approaches to Evaluation. In LeCompte, M D; Millroy W. L; Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pg. 727-770).Academic Press.1992. San Diego California.
- POSTMAN, N. (1988) *La desaparición de la niñez*. Barcelona. Circulo de Lectores
- POWDERMAKER, H. (1966) *Stranger and friend: the way of an anthropologist*. New York: W.W.Norton and Company, Inc.
- PUCKETT, AC Jr; GRAHAM, DG; PONDS, LA; NASH, FT (1989).The Duke University Program for integrating ethics and human values into medical education.*Acad Med* **64**: 5, 231-5
- REUTER, J.B. NARDONE, D.A.(1994) Role modeling in Medical Education. *West. J. Med* :**160**(4): 335-7, 1994
- ROBB, D. (1985) “Ciência, Humanismo e Medicina”Rasegna, n. 3, 21-32
- ROSENTHAL, MP; RABINOWITZ, KH; DIAMOND, JJ; MARKHAM, FWJr (1996) “Medical students’specialty choice and the need for primary care. Our future.*Prim Care* **23**: 1, 155-67
- ROSER, W. (1999) “Application of evidence from randomised controlled trials to general practice” *Lancet* **353**: 661-664
- RUBENSTEIN, W; TALBOT.Y (1992). *Medical Teaching in Ambulatory Care*. Springer Publishing Company. New York.
- RUBIN, L.B. (1981) Sociological reserarch: the subjective dimension. *Symbolic Interaction*, 4, 97-112
- RUIZ RETEGUI, A. (1999) *Pulchrum: reflexiones sobre la Belleza desde la Antropologia Cristiana*. Rialp. Madrid
- SADE, R; STROUD, M; LEVINE, J; FLEMING, G (1985). Criteria for Selection of Future Physicians. *Annals of Surgery*. February 1985.Vol. 201: 225-230
- SAINT-EXUPÉRY, A. (1981)*O pequeno príncipe*.Agir..São Paulo.

- SATTERWHITE, WM 3RD; SATTERWHITE, RC; ENARSON, CE (1998) Medical students' perceptions of unethical conduct at one medical school. *Acad Med.* **73**: 5, 529-531
- SAVATER, F (1997) *El valor de educar* Ariel. Barcelona.
- SCHAFF,P; SHAPIRO,J; LIE, D; (2001) *Literature as a Reflective Practice: Reading and Writing in Medical School* Theme Day. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicina, 34th Annual Spring Conference, Denver, Colorado, USA. Abril –Maio 2001.
- SELF, DJ; SCHRADER, DE; BALDWIN, DR JR; WOLINSKY, FD (1993)The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education. *Med Educ* **27**: 1, 26-34
- SHAPIRO, J. “Literature and the Arts in Medical Education”(2000) *Fam Med* **32**: (3) 157-8.
- SHAPIRO, J; COGGAN, P; RUBEL, A; MOROHASI, D; FITZPATRICK, C; DANQUE, F. (1994) “The process of faculty-mentored student research in family medicine: motives and lessons” *Fam Med* **26**: 5, 283-9
- SHAPIRO, J; MORRISON, E; LIE, D; RUCKER, L; LENAHAAN,P.(2001) *Poetry for Physicians: Developing an Integrated Medical Humanities Curriculum*. Seminar. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicina, 34th Annual Spring Conference, Denver, Colorado, USA. Abril –Maio 2001.
- SHAUGHNESSY,AF; SLAWSON,DC; BENNETT,JH. (1994) “Becoming a medical information master: a guidebook to the medical information jungle” *J.Fam.Pract* **39**:489-99
- SIEGER, M.; REAVEN, N; LIPINSKI, R; STOCKING,C (1987)Effect of Role model clinicans on Students'attitudes in a second-year course on introduction to the patient*Journal of Med Education* **62**: 935-937.
- SILENZIO,V; SEMBER, R; IRVINE,C; BREGMAN,B. *Film Studies to Improve Medical Humnities Education: Training the Trainers*.(2001) Workshop. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicina, 34th Annual Spring Conference, Denver, Colorado, USA. Abril –Maio 2001.

- SKEFF, KM; MUTHA, S. (1998) Role Models-Guiding the Future of Medicine. *New England Journal of Medicine* **339** (27) 2015-2017.
- SLAWSON,DC; SHAUGHNESSY,AF; BENNETT,JH. (1994) "Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything" *J.Fam.Pract* **38**:505-13
- SLAWSON,DC; SHAUGHNESSY,AF; EBELL, MH; BARRY, HC (1997) "Mastering medical information and the role of POEMs: Patient-oriented Information that Matters" *J.Fam.Pract* **45**: 195-6 *J.Fam.Pract* **39**:489-99
- STAKE, R.E. (1981) A needed subjectivity in educational research. *Discourse*, 1, (2), 1-8
- STANGE,K; MILLER, W.L, McWHINNEY, I (2000). Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*: **33**(4): 286-97
- STEIN, H. *Fostering Reflection in a Non-Reflective World*. Theme Day. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicine, 34th Annual Spring Conference, Denver, Colorado, USA. Abril –Maio 2001.
- STEPHENS, G.G (1992) Acts of endearment. *Canadian Family Physician*. **38**:2842-
- STEWART, M; BELLE BROWN, J; WAYNE WESTON, W; MCWHINNEY,I.R; MCWILLIAM, C.L.; FREEMAN, T.R.(1995) *Patient- Centered Medicine: transforming the clinical method*. Sage Publications, Inc. California.
- SWENSON, SL; ROTHSTEIN, JA (1996) "Navigating the wards: teaching medical students to use their moral compasses" *Acad Med* **71**:6, 391-4
- TAMARO, S. (1996) *Vá aonde seu coração mandar*" Rocco. Rio de Janeiro
- THORWALD, J. (s.d.) *O Século dos Cirurgiões*. Hemus Editora. São Paulo.
- TRUFFAUT, F (1983) *Hitchcock/ Truffaut: Entrevistas*. Brasiliense. São Paulo.
- TRUFFAUT, F. (1975) *Os filmes da minha vida*. Nova Fronteira. Rio de Janeiro
- UNAMUNO, M (1979) *Diário Íntimo*. Alizanza Editorial. Madrid
- VERNAUX, R.(1985) *Filosofia del Hombre*. Herder. Barcelona.

- VIANNA, A ; PICCELI, H (1998) O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal *Rev. Assoc. Med. Bras.*, **44** (1) : 21-7,
- VINTEN-JOHANSEN, P; RISK, E (1991): "New Oslerians and real Flexnerians; the response to threatened professional autonomy" *Int J Health Serv* **21**: 1, 75-108
- WALKER, RM; LANE, LW; SIEGLER, M (1989): "Development of a teaching program in clinical medical ethics at the university of Chicago" *Acad Med* **64**: 12, 723-9
- WEBB, R.B. and GLESON, C (1992): Teaching Qualitative Research In LeCompte, M D; Millroy W. L; Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pg. 771-809) Academic Press. San Diego California.
- WEEL, C.V; KNOTTNERUS, J.A. (1999) "Evidence-based interventions and comprehensive treatment" *Lancet* **353**:916-18
- WHITMAN, N. (2000). A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teacher. *Fam Med* **32**: (10)673-4
- WOLCOTT, H.F.F (1992) Posturing in Qualitative Inquiry In LeCompte, M D; Millroy W. L; Preissle, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pg. 3-52).Academic Press.1992. San Diego California.
- WRIGHT, S. (1996) Examining what Residents Look for in Their Role Models.*Academic Medicine*, **71**(3): 290-292
- WRIGHT, SM; KERN, DE; KOLODNER,K; HOWARD, DM; BRANCATI,FL (1998) Attributes of Excellent Attending-Physician Role Models. *New England Journal of Medicine* **339** (27): 1986-1993
- WRIGHT,S; WONG, A; NEWILL, C. (1997) The impact of role models on medical students. *J. Gen. Intern. Med*, **12**(1): 53-6.