

MÁRCIA REGINA VIEIRA

**MARCAS DO PROCESSO FORMATIVO DO PROFESSOR
MÉDICO COM ALTA TENDÊNCIA EMPÁTICA**

**UFSM
SANTA MARIA, RS – BRASIL
2007**

**MARCAS DO PROCESSO FORMATIVO DO PROFESSOR
MÉDICO COM ALTA TENDÊNCIA EMPÁTICA**

por

Márcia Regina Vieira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM – RS) como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Educação**

Orientadora: Prof^a Dr^a Sílvia Maria de Aguiar Isaia

Santa Maria, RS, Brasil

2007

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**MARCAS DO PROCESSO FORMATIVO DO PROFESSOR MÉDICO
COM ALTA TENDÊNCIA EMPÁTICA**

elaborada por
Márcia Regina Vieira

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Educação

COMISSÃO EXAMINADORA

**Sílvia Maria de Aguiar Isaia, Dr^a.
(Orientadora/Presidente) UFSM – RS**

Alfredo Cataldo Neto, Dr. (PUCRS)

**Valeska Fortes de Oliveira, Dr^a. (UFSM – RS) (podes colocar a Doris antes da
Valeska)**

Dóris Pires Vargas Bolzan, Dr^a. (UFSM – RS)

Santa Maria, 13 de Julho de 2007

Agradeço

a todos os Docentes do PPGE
pelo acolhimento e convívio agradável
especialmente à Dóris pela competência e todas as contribuições

à minha Orientadora,
Sílvia Maria de Aguiar Isaia
por tolerar as minhas ausências
e pela confiança na minha capacidade

aos Sujeitos de Pesquisa
por sua disponibilidade

aos Colegas do Serviço de Psiquiatria do HUSM
pela compreensão e apoio,

a Cátia e Mirian,
pelo apoio, incentivo e presença tranquilizadora

ao Guto,
pelo amor de mais de quinze anos
e pelos “faz que é assim” e “vai dar tempo” tranquilizadores
ao longo de toda a dissertação

ao Augusto,
pela criança que é

aos meus pais,
pela simplicidade e exemplo de superação

aos Alunos do Curso de Medicina
e aos Médicos Residentes do Programa de Psiquiatria
pelo convívio instigante e motivador
da busca pela formação acadêmica

para Ana Paula e Caetano,
um thank you

para Lu e Adelaine
pelo suporte básico, eficiente e fundamental

“O homem da ciência reconhece que a única realidade para si é ele próprio, e o único mundo real o mundo como a sua sensação lhe dá. Por isso, em lugar de seguir o falso caminho de procurar ajustar as suas sensações às dos outros procura antes conhecer perfeitamente o seu mundo e a sua personalidade. Nada mais objetivo do que os seus sonhos. Nada mais seu do que a sua consciência de si. Sobre estas duas realidades requinta ele a ciência.”
(PESSOA, 1999, p. 485)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Educação
Universidade Federal de Santa Maria

MARCAS DO PROCESSO FORMATIVO DO PROFESSOR MÉDICO COM ALTA TENDÊNCIA EMPÁTICA

Autora: Márcia Regina Vieira

Orientadora: Sílvia Maria de Aguiar Isaia

Data e Local de Defesa: Santa Maria, 13 de Julho de 2007

O presente estudo está ligado à Linha de Pesquisa: Formação, Saberes e Desenvolvimento Profissional. O objetivo foi acessar as percepções de um grupo de professores médicos, da Universidade Federal de Santa Maria, na busca de marcas da sua empatia no seu processo formativo. Como já é sabido da literatura, é na escola e na família que são moldadas as estruturas mentais, sendo estes os principais ambientes que influenciam as formas de pensar e sentir do indivíduo. Assim, a escola médica precisa ser um espaço privilegiado, no qual se consolidam atitudes e comportamentos aprendidos no ambiente familiar, mas também onde podem ser absorvidos novos comportamentos e ampliada a capacidade de pensar e sentir. Portanto, reveste-se de grande importância o papel do professor médico na formação de atitudes e na influência no comportamento do futuro profissional. O alto nível de qualificação que se espera dos docentes e os múltiplos papéis que precisam desempenhar implicam no reconhecimento que já não basta ter experiências e saberes técnicos específicos de uma área, mas é preciso também ser um modelo de excelência na relação médico-paciente e de conduta ética. Refletir sobre aspectos subjetivos, talvez silenciados ao longo do processo formativo desses docentes, pode ser um caminho para explicitar a indissociabilidade do mundo interno com a forma como se exerce a docência e/ou a medicina. Com a intenção de perceber quais são as marcas constituintes deste processo, este estudo de cunho quantitativo-qualitativo foi desenvolvido em etapas. Na primeira fase, usou-se uma escala de tendência empática para identificar o grupo de professores mais empáticos. Selecionou-se cinco deles que participaram da segunda fase, através de entrevistas narrativas. Da análise de conteúdo deste material emergiram cinco categorias: (1) Pessoas que marcaram o processo formativo; (2) percepções docentes; (3) concepções docentes (4) vivências que marcaram o processo formativo; (5) evidências da conduta empática docente ao longo do processo formativo. As conclusões do estudo mostram que as marcas do processo formativo mais empático são consideradas por eles como vindo desde as fases mais iniciais de suas vidas. Assim como, as vivências afetivas com antigos professores, médicos e preceptores, marcaram de forma que uma complexa conexão entre lembranças, sofrimentos, ações e repetições se estabelecem. Por fim, ficou evidente que existem marcas, algumas profundas, no processo formativo dos sujeitos entrevistados que os tornaram mais empáticos nas suas relações, refletindo no modo como concebem a formação dos seus alunos, bem como conduzem as suas relações com os seus pacientes.

Palavras chave: Tendência Empática; Educação Médica; Professor de Ensino Superior; Marcas do processo Formativo

ABSTRACT

Master Thesis
Post Graduate Program in Education
Santa Maria Federal University

FORMATIVE PROCESS MARKINGS IN MEDICAL PROFESSORS WITH HIGH EMPATHIC TENDENCY

Author: Marcia Regina Vieira
Advisor: Sílvia Maria de Aguiar Isaia

The present study is linked to the Research Line: Formation, Knowledges and Professional Development. Its objective is to access the perceptions of a group of medical professors in the Federal University of Santa Maria (UFSM) in the search of markings for his empathy in his formative process. As is it is known from literature, it's in the school and in the family that the mental structures are built, being these the main environments that influence the formas of thinking and feeling of the individual. As though, the medical school should be a privileged space in which attitudes and behaviors learned in the family medium are consolidated, but also where new behaviors can be absorbed and the ability to feel and think can be enlarged. Therefore, the role of the medical professor gets higher importance in the formation of attitudes and influence of the behavior in the future professional. The high level of qualification demanded from professors and the multiple roles they should play implicate in the recognition that it's not enough having the specific knowledges and experiences from one subject, but also it's demanded to be a role model in medical-patient relationship and ethic acting. Reflect about these subjective aspects maybe silenced in the formative process of these professors could be a way to put in evidence the indissociable link between the inner world and the way to perform teaching and/or medicine. With the objective of which are the pertaining marks of this process, the study pursues a quantitative-qualitative type. In the first phase, it was used a empathic tendency scale to identify the group of five most empathic professors in UFSM's medical course so that they would answer the narrative interview in the second phase. From the analysis of such findings five categories emerged: 1) People that really mattered in the formative process; 2) teacher's perceptions, 3) teacher's conceptions, 4) experiences that marked the formative process, 5) evidences of the ethic attitude of professors during the formative process. The conclusions of the study show that the most empathic markings of the formative process come from the most initial phases of their lives. Also, the affective experiences with old teachers, doctors and supervisors mattered in such a way that a complex connection between rememoirs, sufferings, actings and repetitions be established. In the end, it is evident that some deep markings in the formative process of the interviewed subjects make them more empathic in their relations, influencing the way they conceive the formation of their students and the way they conduct their relations with patients.

Key-words: Empathy tendency; medical education; university professor; formative process markings.

SUMÁRIO:

1. Introdução	10
2. Pressupostos Iniciais e Objetivos	14
3. Recursos Metodológicos	16
4. O Contexto	18
5. Sujeitos da Pesquisa e Instrumentos Utilizados	20
6. Sustentação Teórica	23
6.1 - O Desenvolvimento pessoal do professor, assentado na compreensão do seu psiquismo.....	24
6.2 - Empatia e Intersubjetividade.....	37
6.3 - Processo Formativo do professor de ensino superior.....	45
6.4 - O Professor Médico	54
7. Análise dos Dados e Discussão dos Achados	69
7.1 - Fase quantitativa	69
7.2 – Fase qualitativa	74
7.2.1 Pessoas que marcaram o processo formativo do professor médico	82
7.2.1.1 Os vínculos familiares influenciam o processo formativo dos professores médicos mais empáticos?	82
7.2.1.2 Vivências afetivas com antigos professores, médicos, preceptores contribuíram para o processo formativo?	85
7.2.2 Percepções docentes	90
7.2.2.1 Que características são percebidas pelos docentes médicos mais empáticos nas pessoas que foram consideradas modelos para o seu processo formativo?	90
7.2.2.2 Como o docente percebe o fato de ter sido formado em um modelo mais técnico e necessitar exercer a docência em um modelo de integralidade?	92
7.2.3 Vivências docentes	95
7.2.3.1 Que vivências são lembradas como marcantes para o processo formativo dos docentes entrevistados?	95
7.2.3.2 Que vivências alheias à formação acadêmica que influenciaram o processo formativo?	99
7.2.4 Concepções docentes	102
7.2.4.1 Como o docente concebe a relação professor-aluno-paciente?.....	102
7.2.4.2 Quais as concepções docente de como se ensina relação médico-paciente?	104
7.2.4.3 Quais os atributos pessoais que o docente considera	

necessário para ser médico?	109
7.2.5 Evidência da conduta empática do docente ao longo do seu processo formativo	111
7.2.5.1 Os docentes mais empáticos tem evidências de dessa conduta ao longo do seu processo formativo?	111
8. Considerações Finais	114
9. Bibliografia	120
10. Anexos	
Anexo 1 – Carta de Apresentação	125
Anexo 2 – Instrumento utilizado no estudo	126
Anexo 3 – Termo de Consentimento Informado	128

1. INTRODUÇÃO

Este estudo se insere na linha de Formação Saberes e Desenvolvimento Profissional do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria. Originou-se do questionamento de como um professor médico, cujo processo formativo ocorreu imerso em um modelo pedagógico Flexneriano, atenderá às demandas que lhe são exigidas em um contexto de ensino voltado para integralidade. No qual se preconiza o resgate dos aspectos humanísticos e de toda a subjetividade do indivíduo, através da valorização da relação médico-paciente, fundamentada em uma atitude mais empática frente ao indivíduo que sofre.

Entende-se que o modelo flexneriano caracteriza-se pela valorização dos aspectos técnico-científicos, rigidamente estruturados em disciplinas, propiciando a fragmentação do conhecimento, o fortalecimento da formação voltada para especialidade e a eleição do hospital como espaço principal para ensino médico (MARINS, 2003). Por conta desse cientificismo, foi sendo negligenciada a dimensão subjetiva da formação médica (FEUERWERKER, 2002). Assim, há uma focalização na doença em detrimento do doente, isto é, do sujeito que é acometido por um sofrimento e vai em busca de alívio.

O modelo da integralidade, no qual o professor médico é chamado para exercer suas atividades de ensino, fundamenta-se numa visão biopsicosocial integral do ser e do adoecer (DE MARCO, 2006). Exigindo do professor que sua proposta de ensino médico vá além do aprendizado de habilidades técnico-instrumentais, que evolua também no desenvolvimento sólido de capacidades relacionais que permitam o estabelecimento de um vínculo mais humanizado e socialmente comprometido (REGO, 2004).

Somam-se a isso, investigações de vários autores que se dedicam a pesquisar a docência superior (MARCELO GARCIA, 1999; MASETTO, 2000; ISAIA, 2003, URTIAGA, 2004), que apontam para a falta de preparo para o ensino superior. Além de estudos específicos com o professor médico, realizados por Urutiaga (2004) e Tamozauskas (2003), que sugerem que o saber docente vai se construindo a partir das vivências de aluno e referenciados em antigos professores, tendendo, portanto, a repeti-los de forma não reflexiva.

Diante de tais constatações, justifica-se a busca pelas marcas no processo

formativo desse sujeito que mesmo tendo se constituído docente num ambiente de objetividade científica, resguardou a sua subjetividade, permitindo-lhe colocar-se de forma empática nas relações humanas.

De acordo com Berstein (apud URTIAGA, 2004), é na escola e na família que são moldadas as estruturas mentais, sendo estes os principais ambientes que influenciam as formas de pensar e sentir do indivíduo. Assim, a escola médica precisa ser um espaço privilegiado, no qual se consolidam atitudes e comportamentos aprendidos no ambiente familiar, mas também onde podem ser absorvidos novos comportamentos e ampliada a capacidade de pensar e sentir. Portanto, reveste-se de grande importância o papel do professor médico na formação de atitudes e na influência no comportamento do futuro profissional. O alto nível de qualificação que se espera dos docentes e os múltiplos papéis que devem desempenhar implicam no reconhecimento que já não basta ter experiências e saberes técnicos específicos de uma área, mas é preciso também ser um modelo de excelência na relação médico-paciente e de conduta ética (SILVA, 2002). Refletir sobre aspectos subjetivos, talvez silenciados ao longo do processo formativo desses docentes, pode ser um caminho para explicitar a indissociabilidade do mundo interno com a forma como se exerce a docência e/ou a medicina.

Essa indissociabilidade, que determina o entrelaçamento permanente de aspectos pessoais e profissionais, também é definidora da escolha da temática desse de estudo.

O interesse por esse assunto vem do meu¹ investimento afetivo-intelectual em me aproximar do que é subjetivo e pertencente ao mundo interno dos indivíduos, evidenciado na própria escolha da especialização em psiquiatria e psicoterapia de orientação analítica. Junta-se a isso as vivências como aluna, durante o curso de graduação em medicina, quando sentia desconfortável diante de situações em que, após atender um paciente, o professor chegava para 'passar o caso', sem muitas vezes nem olhar para o paciente ao qual estava dando a conduta terapêutica. Além da angústia diante do descaso de alguns docentes, frente a situações de sofrimento emocional do paciente, quando imediatamente era sugerido encaminhá-lo para o 'pessoal da psiquiatria', pois lá 'é o lugar de falar a vontade', mesmo sabendo-se que isso seria pouco provável de acontecer.

¹ Em concordância com a minha orientadora optei por utilizar a forma neutra alternadamente com a primeira pessoa, em coerência com toda a proposta de busca de aproximação com a subjetividade.

Mais tarde, já na residência em psiquiatria, em função do número reduzido de professores, surgiu o convite para participar dos grupos Balint², que eram inseridos na disciplina de semiologia do antigo currículo do curso e graduação em medicina da UFSM. Nestes, em um papel diferente, ouvia as angústias e o sofrimento dos alunos, diante das mesmas situações anteriormente vivenciadas por mim. No segundo ano de residência, foi criado o NOPEM – Núcleo de Apoio Psicológico ao Estudante de Medicina – nos atendimentos individuais feitos por mim e por meus colegas, com certa frequência, repetiam-se as queixas referentes ao distanciamento de alguns docentes, e até mesmo a agressividade, na relação professor-aluno-paciente.

Concluída a residência, como professora substituta do Departamento de Neuropsiquiatria e exercendo a docência nos módulos de desenvolvimento humano e formação da identidade profissional, ouvia a manifestação dos alunos criticando a objetividade, o distanciamento e a conduta pouco empática dos seus professores. Isto gerava, muitas vezes, uma insegurança até mesmo para explicitarem seus sentimentos, por crerem que isso os deixariam fragilizados aos olhos dos colegas e dos professores. Temiam ser considerados incapazes para profissão, pois não teriam a 'frieza necessária' para ser médico.

A partir dessas repetições e reflexões, surgiram as indagações que nortearam este estudo:

1- O grau de empatia médica se reflete no modo como o docente concebe a formação de seus alunos?

2- Como o professor, com boa parte do seu processo formativo tendo ocorrido imerso num modelo cientificista, concebe a docência no modelo de integralidade, vigente no Curso e Medicina?

Para isso, optei por uma investigação de cunho quantitativo e qualitativo. Tal delineamento, provavelmente, também foi determinado pela minha trajetória de formação. A abordagem quantitativa fez-se necessária para que fosse possível identificar um grupo de sujeitos mais empáticos. Além da influência da minha formação, pois foi fortemente assentada na racionalidade técnica de seis anos de

² Tipo de grupo desenvolvido pelo médico e psicanalista húngaro, Michel Balint, voltados para discussão sobre os múltiplos fatores psicodinâmicos subjacentes ao estabelecimento da relação médico-paciente e os relacionamentos entre os profissionais da saúde. Os participantes são estimulados a examinar as próprias emoções e o sentido das reações e atitudes manifestadas em tais relações (BALINT, 2005; TURATO, 2003).

graduação em medicina e reforçada, em alguns momentos, também na residência em psiquiatria. A perspectiva qualitativa encontra ressonância em aspectos constitucionais pessoais, o que me levou a uma concepção de mundo na qual a verdade vai além do que é concreto e objetivo. Creio, também, que existe um determinismo psíquico que leva a escolhas, a preferências e a ações, muitas vezes, inconscientes que moldam a visão que se tem da vida.

Assim, numa fase inicial, quantitativa, foi aplicada a Escala de Tendência Empática desenvolvida por Albert Mehrabian e validada para língua portuguesa por Alfredo Cataldo Neto (1998), para identificar os professores do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria com maior grau de empatia e, dessa forma, selecionar os sujeitos para a segunda fase da pesquisa. Nessa fase, através de uma entrevista narrativa, busquei as marcas do processo formativo desse docente que contribuíram para uma atitude mais empática, tanto frente ao aluno, como frente ao paciente.

Devido a temática escolhida e a coerência com o meu processo formativo, a fundamentação teórica recai, obrigatoriamente, em autores de base psicanalítica, como Freud [19--], Melanie Klein (2006), Bion (1962) e alguns mais modernos como Gabbard (2006), Stern (2007) e Greenberg & Mitchell (1994). A aproximação com a educação ocorre através de autores que se dedicam a pesquisa da docência superior, como Isaia (1996), Marcelo Garcia (1999), Urtiaga (2004), Zabalza (2004), além de Abraham (2000), Blagonadezhina (1984) e Heller (1982) que mesmo não se dedicando ao ensino superior, abordam a dimensão pessoal e afetiva dos professores. Além de outros autores não citados aqui, por utilizar as suas idéias de forma menos marcante, com pequenas inserções corroborando outros autores.

2. PRESSUPOSTOS INICIAS E OBJETIVOS

De acordo com Minayo (1999 apud TURATO, 2003), os pressupostos iniciais ou as hipóteses em um estudo qualitativo perdem sua função comprobatória e passam a servir de caminho e de balizadores para o confronto com a realidade empírica com a qual o pesquisador se depara. Portanto, ligado a cada pressuposto teórico, apresentam-se os objetivos, assim dispostos:

PRESSUPOSTO	OBJETIVOS
Professores têm graus diferentes de empatia.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a tendência empática dos professores médicos efetivos do Curso de Medicina da UFSM. • Selecionar um grupo de docentes mais empáticos para a segunda fase do estudo.

QUADRO 2.1 - Primeiro pressuposto e objetivos correspondentes

PRESSUPOSTO	OBJETIVO
Os professores médicos mais empáticos apresentam evidência desta conduta ao longo do seu processo formativo.	Identificar no grupo de professores selecionados evidências de sua conduta empática no decorrer do seu processo formativo.

QUADRO 2.2 – Segundo pressuposto e objetivo correspondente

PRESSUPOSTO	OBJETIVO
Para os docentes médicos a vivência da relação empática de antigos professores com seus pacientes e alunos é uma influência marcante no seu exercício como docentes e médicos.	Detectar, neste grupo, a existência de situações empáticas acontecidas na relação com seus antigos professores.

QUADRO 2.3 – Terceiro pressuposto e objetivo correspondente

PRESSUPOSTO	OBJETIVO
A formação de um professor assentada na objetividade tem pouca repercussão sobre as concepções docentes a respeito da formação dos seus alunos, atualmente atuando num modelo que favorece a subjetividade.	Entender como o professor médico percebe o fato de ter sido formado dentro de um modelo essencialmente objetivo e ter que atuar agora num outro, que privilegia a subjetividade.

QUADRO 2.4 – Quarto pressuposto e objetivo correspondente

PRESSUPOSTO	OBJETIVO
Eventos de vida pessoal (=não profissional) influenciam a forma como os professores se relacionam com os seus alunos.	Explorar eventos de vida dos docentes que possam ter influenciado suas concepções sobre a forma de se relacionar com seus alunos e seus pacientes.

QUADRO 2.5 – Quinto pressuposto e objetivo correspondente

PRESSUPOSTOS	OBJETIVO
<p>A conduta empática do docente com os seus alunos pouco contribui para o desenvolvimento de habilidades e atitudes mais empáticas dos futuros médicos.</p> <p>Os aspectos subjetivos da relação médico-paciente são fundamentais para o entendimento do que se passa com o paciente</p>	Analisar como o professor médico entende a relação professor-aluno-paciente

QUADRO 2.6 – Sexto e sétimo pressuposto e objetivo correspondente

3. RECURSOS METODOLÓGICOS

As abordagens quantitativa e qualitativa escolhida para esse estudo necessitam ser explicitadas sob o risco de serem entendidas como contraditórias.

Conforme Chauí (1995 apud TURATO, 2003), o método qualitativo é de natureza compreensivo-interpretativa, uma vez que a intenção é aproximar-se das significações ou sentidos, das práticas ou instituições realizadas ou produzidas pelo homem. Portanto, devido a temática escolhida, a sustentação teórica da mesma, as minhas características pessoais e minhas concepções de mundo, privilegiaram a abordagem qualitativa sem, contudo, negar a influência das ciências duras na minha maneira de pensar sobre o tema da pesquisa.

A atitude investigativa, necessária ao método qualitativo, converge em alguns aspectos com o meu exercício profissional como psiquiatra e psicoterapeuta, caracterizado por se voltar para o entendimento de sentidos e significações que vão além do que está evidente. Nas palavras de Turato (2003), ele explicita o que se espera de quem optar por embrenhar-se numa investigação qualitativa:

(...) colocar-se desarmado o máximo possível, em atitude de permitir-se escutar o suficiente sobre as falas do entrevistado, a cerca de seus sentimentos, idéias e comportamentos humanos e então procurar compreender quais sentidos e significações aqueles fenômenos referidos ganham em especial para os sujeitos eleitos para o estudo. (TURATO, 2003, p. 145)

Entretanto para que se chegasse aos sujeitos com uma tendência empática elevada, fez-se necessário o imbricamento com a abordagem quantitativa, sem a qual inviabilizaria a realização do estudo, pois não teria como identificá-los para, posteriormente, buscar as marcas no seu processo formativo que os diferencia dos demais docentes. Dessa forma, permitindo, num segundo momento, a utilização da abordagem qualitativa para a compreensão da subjetividade, do simbolismo, enfim, das instâncias não apenas racionais desses docentes.

Nas ciências humanas o processo é que é importante, não apenas o resultado final, pois, de acordo com Turato (2003), a curiosidade e o empenho do pesquisador volta-se para a compreensão da dinâmica interna do sujeito estudado, para a forma como acontecem e se transformam os fenômenos humanos, levando-o a aproximar-se do mundo interno desse sujeito. Assim como, também, há a

coincidência, em tal ciência, entre o sujeito que investiga e o sujeito estudado. Isso determina a necessidade de um olhar atento para todo o processo de construção da pesquisa, como uma forma de prosseguir coerentemente a busca do conhecimento e da compreensão dos sujeitos envolvidos no processo investigativo.

Portanto, utilizar a abordagem quantitativa e a qualitativa não representa uma incoerência metodológica, mas a possibilidade encontrada para uma aproximação mais precisa e aprofundada dos docentes médicos com um alto grau de tendência empática, possibilitando a busca de marcas no seu processo formativo que tenham contribuído para que assim fossem reconhecidos.

4. O CONTEXTO

O cenário no qual foi desenvolvido este estudo é o Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria. O mesmo está em um processo de mudança curricular. Atualmente, a primeira turma de alunos está chegando ao internato curricular, que nessa nova proposta, caracteriza-se por ter dois anos de duração e pelo ambiente hospitalar ter deixado de ser o principal espaço de ensino e de aprendizagem oferecidos aos alunos. Foi incluído um módulo de emergências e urgências, no qual os alunos desenvolvem suas atividades junto aos diferentes serviços que fazem parte do setor de emergências do Hospital Universitário de Santa Maria; acompanham o serviço de resgate e salvamento dos Bombeiros e auxiliam o atendimento de emergência da UNIMED (Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Limitada). Além de, no último semestre do internato, ter o módulo chamado de "internato regional", no qual os alunos, através de uma parceria do Curso de Medicina com as prefeituras de vários municípios que têm o Programa de Saúde da Família (PSF) instalado, são deslocados para esses locais passando a integrar a comunidade e a estagiar nas unidades de saúde, com a supervisão do médico do PSF e de um docente médico.

Todo o movimento inicial que resultou na reforma curricular foi vivenciado por mim durante o período de graduação. Tal fato determinou precocemente o meu interesse pelo ensino médico, levando-me inclusive a participar da fase local da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas, em 1994. Da mesma forma que o meu ingresso na docência superior, como professora substituta no Departamento de Neuropsiquiatria, coincidiu com o início da implantação do novo currículo, em 2003.

A matriz desse currículo está estruturada em pilares, módulos e disciplinas. Os três pilares pedagógicos que perpassam todo os seis anos de formação, buscam contemplar as ciências biológicas, humanas e sociais. Assim, tem-se o pilar humanístico, o técnico científico e o social. Cada um desses três pilares encontra-se organizado em módulos e, estes, em disciplinas. Os módulos constituem-se como norteadores da construção dos conhecimentos, tendo como objetivo organizar e articular a temática proposta a ser trabalhada para cada um deles. Dessa forma, dentro de um mesmo módulo encontram-se disciplinas afins, que possuem

possibilidades pedagógicas de integralidade, seqüencialidade e terminalidade.

Toda essa estruturação curricular objetiva o desenvolvimento de competências interativas e globalizadoras, a serem alcançadas de forma progressiva e dinâmica, ao longo dos seis anos da formação médica. Dessa forma, cada pilar da matriz curricular possui suas competências a serem desenvolvidas. A do aprender a aprender, como a competência cognitiva necessária ao exercício profissional. A do aprender a fazer, como o desenvolvimento de habilidades para exercer a medicina. E aprender a ser, entendida como as atitudes e a discussão humana e social envolvidas na prática médica. (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA, 2003).

Para isso, esperam-se novas atitudes por parte do corpo docente, tais como as explicitadas no PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA: “conhecer as estratégias do ensinar e do aprender; persistir numa perspectiva crítica dos conteúdos; focar os conhecimentos da realidade de forma crítico-reflexiva; atender à diversidade cultural, respeitar as diferenças e, por último mas não menos importante, integrar a dimensão afetiva ao exercício profissional” (2003, p. 12).

Entretanto, um longo caminho necessita ser percorrido para que seja rompido o modelo tradicional e se possa incorporar um novo jeito de ensinar e de aprender. Para isso, o processo formativo de quem tem a função de conduzir essa mudança precisa ser entendido para que a partir daí se possa investir na instrumentalização desses docentes a fim de se efetivarem essas novas propostas.

5. SUJEITOS DA PESQUISA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Escolheu-se apenas o professor médico como sujeito dessa pesquisa, excluindo-se o aluno e o paciente, que também são partes integrantes do processo de ensinar e de aprender do ser médico. Isso se deve a percepção de toda a complexidade que se reveste essa situação triangular e, principalmente, o fato de o docente ocupar um lugar diferente dos outros participantes envolvidos nessa tríade. Cabe a ele, de acordo com Batista & Souza da Silva (2001), a sistematização dos conhecimentos e das experiências de aprendizagem, a organização da comunicação, das interações professor-aluno-comunidade e a responsabilidade pelas implicações éticas e sociais das práticas. Isso também fica explicitado, no pensamento de Cunha (apud URTIAGA, 2004), quando se refere à necessidade de conhecer mais o professor universitário:

(...) Entendê-lo como sujeito histórico, revelador de um contexto social, e engajado consciente ou não em um projeto político é de fundamental importância quando se pretende alterar a lógica universitária e, conseqüentemente caminhar rumo a novos patamares, tentando construir um novo horizonte (CUNHA apud URTIAGA, 2004, p.33)

Partindo-se desse entendimento, foi-se em busca dos noventa e três professores médicos, efetivos, do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, atualmente exercendo a docência. Os docentes foram convidados a participar do primeiro momento do estudo. Para se chegar a esse grupo, foi solicitado a todos os departamentos do curso, o nome e o endereço dos mesmos. Foi-lhes enviado uma correspondência (ANEXO I), convidando-os a participarem da pesquisa, esclarecendo-os dos objetivos da mesma e de como seria o seu desenvolvimento.

Foram feitas até três tentativas de encontrar cada professor, sendo que setenta e quatro docentes foram localizados, desses, setenta e um aceitaram participar, dois argumentaram que “estavam sem tempo” e um aceitou inicialmente participar, ficou com a escala, mas não a devolveu após três tentativas de resgatá-la. Para os setenta e um professores, então, foi solicitada a leitura e a assinatura de um termo de consentimento (ANEXO II). Após foi aplicado um instrumento de avaliação da tendência empática desenvolvido por Albert Mehrabian e validado para

a língua portuguesa por Alfredo Cataldo Neto (1998), que mede acuradamente, de acordo com esse autor, a tendência empática do indivíduo que a responde.

De acordo com Cataldo (1998) a escala de tendência empática - versão brasileira (vide ANEXO III) - é composta de trinta e três questões organizadas em subseções inter-relacionadas, caracterizadas por abordarem diferentes aspectos da tendência empática, tais como a suscetibilidade ao contato emocional com o outro que é medida por vários itens como o de número dez, por exemplo; a apreciação dos sentimentos de pessoas não familiares como expressa no item quinze; a resposta emocional extrema que é representada pelo item oito; a tendência a ficar emocionalmente mobilizado por experiências positivas dos outros está contida em alguns itens como o vinte e dois; a tendência de ficar emocionalmente mobilizado pelas experiências negativas dos outros que está contemplada em itens como o trinta; a tendência à simpatia está contida em itens como o vinte e seis; e o desejo de estar em contato com pessoas que têm problemas que está representado por questões como a doze.

Das trinta e três questões que constituem este instrumento de medida de tendência empática, dezesseis são consideradas afirmativas, isto é, estabelecem uma relação positiva com a tendência empática do sujeito que a está respondendo, como fica ilustrado no item um da escala. As outras dezessete são questões negativas, pois se correlacionam negativamente com a tendência empática do indivíduo; cita-se como exemplo a questão dois. Para cada uma das questões propostas existe apenas uma possibilidade de resposta, a ser escolhida entre as sete opções oferecidas para expressar a opinião do sujeito, sendo apresentadas da seguinte maneira: concordo totalmente, concordo fortemente, concordo, concordo levemente, o neutro que é o não concordo nem discordo, seguidos de discordo levemente, discordo, discordo fortemente e discordo totalmente. Cada uma dessas possibilidades de resposta representa um valor numérico que varia conforme a natureza da questão. Os itens afirmativos da escala são pontuados da seguinte maneira: variam da opção de resposta "concordo totalmente" que tem um valor numérico de quatro e, de forma decrescente, até a opção "discordo totalmente" cujo valor numérico é de menos quatro. Os itens negativos da escala são pontuados de maneira inversa, ou seja, o valor numérico atribuído à resposta "concordo totalmente" é de menos quatro e segue um ordenamento crescente até o valor de quatro para a opção "discordo totalmente".

No segundo momento, após ter sido concluído o levantamento dos dados dessa primeira fase, selecionou-se cinco professores com as maiores pontuações na escala de tendência empática. Constituindo, portanto, o grupo de sujeitos que participaram da segunda fase do estudo. Para esse grupo escolhido, foram feitas entrevistas narrativas, pois elas privilegiam a realidade do que é experienciado pelo sujeito entrevistado, expressando a sua verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço (BAUER & GASKELL, 2002).

As leituras realizadas a partir da temática proposta nortearam a elaboração da entrevista narrativa. A opção por esse tipo de entrevista deve-se ao fato que ambos os integrantes da relação, entrevistador e entrevistado, têm oportunidade para dar algum direcionamento. Isso representa um ganho maior para o estudo, pois permite reunir percepções e significações que talvez não tenham sido pensadas, por mim, previamente. De acordo com Bauer & Gaskell (2002):

Não há experiência humana que não possa ser expressa na forma de uma narrativa. Na verdade as narrativas são infinitas em sua variedade, e nós as encontramos em todos os lugares. Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal (BAUER & GASKELL, 2002, p.91).

Assim, as entrevistas realizadas foram gravadas em MP3, deixando-me, dessa forma, livre para prestar atenção no sujeito entrevistado. Posteriormente, foram feitas as transcrições das narrativas a serem analisadas para a construção das categorias produzidas nesse estudo.

6. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

As bases teóricas para construção dessa pesquisa partem do meu processo formativo como autora, o que já foi exposto inicialmente.

Refletindo sobre o conceito de teoria trazido por Turato (2003), no qual considero como sendo um conjunto de idéias com as quais os pensadores intencionam construir explicações sobre fatos ou compreender os fenômenos, passei a questionar o porquê de algumas "explicações" serem mais satisfatórias do que outras, algumas chegando a ser percebidas quase como uma revelação. Tal fato levou-me a refletir que diferentes aspectos, conscientes e inconscientes contribuem para que haja maior ou menor identificação com um autor do que com outro.

Assim, desde as leituras iniciais para a elaboração do anteprojeto de seleção do mestrado, os autores que fundamentaram esse estudo, considerando a indissociabilidade dos aspectos profissionais e pessoais, foram sendo eleitos para dar a sustentação teórica do trabalho, ao mesmo tempo em que foi acontecendo uma comparação com outros referenciais previamente conhecidos.

Em função disso e do assunto proposto, busquei manter um fio associativo entre duas diferentes áreas do conhecimento, a educação e a medicina, ancorando-as na teoria psicanalítica.

O próprio Freud, em diferentes momentos da sua obra, tece comentários específicos sobre a educação e as suas próprias experiências como aluno, além de construir todo um referencial para compreensão do funcionamento psíquico.

No prefácio do livro *Juventude Desorientada* de August Aichorn [19--], no qual aborda a questão da delinqüência juvenil, Freud (1925, v. XIX: CD-ROM) fala de educação e de psicanálise. Em uma passagem, ele diz: "A psicanálise pode ser convocada para educação como um meio de auxiliar em como lidar com a criança", mas alerta que não podem ser confundidas uma com a outra, assim como uma não substitui a outra.

Em outro momento, num pronunciamento no quinquagésimo aniversário de fundação da escola que freqüentou em Viena, Freud (1917, v. XXI: CD-ROM) diz ter se questionado sobre o que teria mais lhe 'tocado' nas aulas e chegou à conclusão de que não foram os conteúdos, nem a gama de conhecimento a que foi exposto,

mas o que foi experimentado em relação à personalidade do professor. Não se referindo aos aspectos manifestos da personalidade, mas a algo da sua subjetividade que anima a fala do professor e desperta no aluno o desejo do conhecimento e a sua curiosidade.

Como psicanalista, estou destinado a me interessar mais pelos processos emocionais que pelos intelectuais, mais pela vida mental inconsciente que pela consciente. Minha emoção ao encontrar meu velho mestre-escola adverte-me que antes de tudo, devo admitir uma coisa: é difícil dizer se o que exerceu mais influência sobre nós e teve importância maior foi a nossa preocupação pelas ciências que nos eram ensinadas, ou pela personalidade de nossos mestres. É verdade, no mínimo, que esta segunda preocupação constituía uma corrente oculta e constante em todos nós e, para muitos, os caminhos das ciências passavam apenas através de nossos professores. Alguns, detiveram-se a meio caminho dessa estrada e para uns poucos — porque não admitir outros tantos? — ela foi por causa disso definitivamente bloqueada (FREUD, 1917, v.XII: CD-ROM).

Assim, compreender o processo formativo como um processo que engloba o desenvolvimento pessoal e o profissional do professor e a sua tendência empática, passa pelo entendimento de como ocorre o desenvolvimento da personalidade do indivíduo, pois é sabido que, para se aproximar do outro, seja numa relação de ensino aprendizagem, ou seja, numa relação médico-paciente, é necessário que haja um suficiente processo de diferenciação 'eu-outro' para que se possa falar da existência do outro na consciência e de compartilhamento entre duas mentes (LAJONQUIÈRE, 2006).

Para isso, pretendo apresentar o referencial teórico da seguinte forma: (1) desenvolvimento pessoal do professor, assentado na compreensão do seu psiquismo, (2) empatia e intersubjetividade nas relações humanas, (3) o processo formativo do professor de ensino superior e (4) o professor médico.

6.1 – O Desenvolvimento Pessoal do Professor, assentado na Compreensão do seu Psiquismo.

Na atualidade, há várias abordagens possíveis para a compreensão do desenvolvimento humano. Em função do tema proposto e da minha afinidade, optei por fazer uma breve revisão enfocando a perspectiva psicanalítica do desenvolvimento do indivíduo. É sabido que não há duas pessoas iguais, como não existem duas personalidades idênticas, embora possam existir traços comuns.

Assim como a personalidade é temporal, pois pertence a uma pessoa que nasce, desenvolve mais ou menos cada aspecto da sua personalidade, vive e morre. Na sua temporalidade, a personalidade não pode ser pensada como uma simples soma de experiências e de funções vitais, mas como uma integração dinâmica de fatores cuja resultante se expressa pelo comportamento individual frente a estímulos de variada natureza (D'ANDREA, 1997).

Compreender como se dá a formação da personalidade de um indivíduo, obrigatoriamente leva ao pensamento freudiano. É atual a sua idéia que existem fatores formadores da personalidade da criança: os heredo-constitucionais, as antigas experiências emocionais com os pais e as experiências traumáticas da realidade da vida adulta (FREUD, 1932, v XXII: CD-ROM).

Quanto aos fatores heredo-constitucionais, pode-se dizer que existe uma 'predisposição inata' influenciando o comportamento inicial da criança e a relação mãe-bebê, que pode ser modificada pelo ambiente (ZIMERMAN, 1999).

Referindo-se à importância das vivências emocionais com os pais como determinantes de comportamentos e atitudes, Freud (1913), diz:

A psicanálise nos mostrou que as atitudes emocionais dos indivíduos para com outras pessoas são de extrema importância para o seu comportamento posterior já estando estabelecidas numa idade surpreendentemente precoce. A natureza e a qualidade das relações da criança com as pessoas do próprio sexo ou do sexo oposto.(FREUD, 1913 v. XIII: CD-ROM)

Freud propõe ao longo de sua obra modelos de funcionamento do aparelho psíquico. O uso do termo aparelho é no sentido de caracterizar uma estrutura psíquica dividida em sistemas, ou instâncias, com funções específicas, interligadas entre si e ocupando um lugar na mente (ZIMERMAN, 1999).

No modelo topográfico de organização da mente, Freud (1900, v. V: CD-ROM) diz que a parte principal da vida psíquica encontrava-se fora da consciência. Introduz, assim, a idéia da mente formada por três sistemas: Consciente, pré-consciente e inconsciente.

A instância consciente já era conceitualizada nos estudos pré-existentes da neurologia e da psiquiatria. Esse conceito foi ampliado por Freud, no sentido de explicitar a sua função de receber informações provenientes do exterior e interior, ficando assim responsável pela percepção, integração, julgamento dos dados que chegam e posterior tomada de decisões para o direcionamento das ações do sujeito.

O sistema pré-consciente está articulado com a instância consciente e, como descreveu Freud (1900, v. V: CD-ROM), serviria como uma "barreira de contato", selecionando aquilo que pode ou não ficar consciente. Outra função que lhe caberia seria como depositário da função de conter a "representação-palavra", que consiste num conjunto de palavras ouvidas e de como foram significadas pela criança (ZIMERMAN, 1999). Tal instância se diferencia do inconsciente na medida em que, por meio do aumento da atenção, podem ser trazidas à consciência.

O que foi inédito e que permanece na atualidade é a descrição de uma instância inconsciente (HALER & YUDOFKY, 2006). O inconsciente é a parte mais arcaica do aparelho psíquico, onde por meio de uma herança genética estariam as pulsões, acrescidas das suas respectivas energias, as fantasias mais primitivas e as representações secundárias que só emergem na consciência de forma disfarçada como nos sonhos e sintomas. (ZIMERMAN, 1999).

O conhecimento desse modelo é importante, pois considera os comportamentos dos indivíduos, como reflexos de processos inconscientes que visam à defesa contra desejos e sentimentos reprimidos. Acrescento a concepção de determinismo psíquico, para referir-me ao fato de que na mente nada acontece ao acaso, sendo que cada evento é determinado por outros que o precederam, configurando uma continuidade na vida mental. Gabbard (1998), O mesmo autor ilustra tal concepção de forma poética :

(...) Somos conscientemente confusos e inconscientemente controlados. Conduzimos nossa vida diária como se tivéssemos liberdade de escolha, porém somos muito mais limitados do que imaginamos. Na verdade, somos apenas personagens de um texto escrito pelo inconsciente. As escolhas de nossos parceiros maritais, nossos interesses vocacionais e até mesmo nossas atividades de lazer não são selecionadas ao acaso; são delineadas por forças inconscientes em uma relação dinâmica entre si. (GABBARD, 1999, p. 26)

É indiscutível a importância da compreensão dessa concepção, entretanto é necessário o entendimento que, dentro de uma perspectiva psicodinâmica do comportamento humano, ele é o resultado final de muitas forças conflitantes diferentes que servem a uma variedade de funções distintas, correspondendo, tanto para as demandas da realidade, quanto para as necessidades do inconsciente.

Diante das limitações do modelo topográfico para explicar muitos fenômenos psíquicos, Freud (1920, v. XVIII: CD-ROM) propôs o modelo estrutural, no qual concebe a mente dividida em três instâncias: Id, ego e superego.

De acordo com Greenberg & Mitchell (1994), a visão fundamental de Freud das condições humanas está expressa no chamado modelo estrutural-pulsional, considerando central a idéia de pulsão. Para esses autores, Freud concebe a pulsão como um conceito localizado na fronteira entre o psíquico e o somático, sendo considerada uma fonte interna de estímulos que influenciam a mente. Tais estímulos teriam uma origem quase fisiológica, exercendo sua força dentro da mente, no sentido de descarregar a tensão gerada. Assim, surge a idéia sobre a qual o objetivo essencial do indivíduo é "alcançar um estado de quietude, de liberdade de pressão de estímulo que surgem endogenamente", configurando o princípio da constância que regularia a distribuição de energia.

O id é a instância constitucional inicial e totalmente inconsciente. Insere-se no funcionamento psíquico com o objetivo de fornecer o máximo de prazer por meio da satisfação plena dos impulsos. É regido pelo princípio do prazer e pelo processo primário. No princípio do prazer, o desprazer é evitado e os impulsos tendem a ser descarregados. No processo primário, que pode ser entendido como a lógica específica do inconsciente, o tempo flui em ambas as direções, idéias opostas coexistem e os conteúdos podem ser deslocados, condensados e simbolizados. A condensação é a representação de múltiplas idéias, memórias e afetos em um único símbolo. O deslocamento é possibilidade de atributos, afetos ou qualquer aspecto característico de algo, serem atribuídos a outra coisa. A simbolização pode ser considerada quase como uma linguagem do inconsciente, visto que ela opera à base de representações das coisas (HALES & YUDOFISKY, 2006).

A idéia de Freud, afirmando que "no princípio tudo era id", sugere que o ego se desenvolve a partir do id (ZIMERMAN, 1999). No curso da percepção de diferenças entre o que é interno e externo, entre prazeroso e desprazeroso e a percepção do que pode ou não ser mudado por movimentos corporais, ações mentais ou que não é possível modificar, surge o que Freud chamou de ego corpóreo. E diz que uma das formas do ego fazer tais diferenciações é através de aspectos sensoriais. Dessa forma, no curso da sua construção, baseada na percepção, o ego vai se estabelecendo dentro do princípio da realidade, o qual requer o refreamento da descarga instintiva, o que significa adiá-la, transferi-la ou redirecioná-la, a fim de se adaptar às pressões da realidade (FREUD, 1923, v.XIX: CD-ROM). No decorrer da sua evolução, o ego lida com o ambiente que se consolida basicamente na interação com os pais, para que consiga aumentar o

prazer de acordo com as pressões da realidade e vá se moldando às ações dos pais. Assim, por identificação, vai se tornando igual aos pais e diante da percepção de que eles são indivíduos separados e nem sempre estão disponíveis, vão se formando as representações mentais dos mesmos (HALER & YUDOFISKY, 2006; GREENBERG & MITCHELL, 1994).

De acordo com Zimerman (1999), o ego pode ser entendido a partir de três pontos de vista. Primeiramente, pelas suas funções de percepção, memória, atenção, juízo crítico, antecipação ação motora entre outras, através das quais se relaciona de forma adaptativa com a realidade do mundo externo. Segundo, pelas suas funções mais complexas, na sua maioria inconscientes, como os mecanismos de defesa, as angústias, as identificações e formação de símbolos. Terceiro, por ser sede das representações que o indivíduo tem de si mesmo e que estruturam o sentimento de identidade e auto-estima. Dessa forma, pode o ego ser considerado a principal instância psíquica, pelo fato de mediar e integrar as pulsões do id, as demandas da realidade externa e as exigências do superego.

De acordo com Haller & Yudofski (2006), o superego é inicialmente auditivo, originando-se da percepção auditiva da palavra "não", pois é da consciência dos aspectos que trazem desprazer ao ego e diminuem a cooperação entre o ego e os pais é que se forma a base do superego. Isso parte da concepção explicitada na frase de Freud (1923, v.XIX: CD: ROM) que diz "o superego é o herdeiro do complexo de Édipo", uma vez que ele vai se constituindo a partir de introjeções e identificações da criança com aspectos parciais dos seus pais, como as proibições, as exigências, as ameaças, os padrões de conduta e o tipo de relacionamento entre si (ZIMERMAN, 1999). A princípio, o superego é cruel, pois a capacidade da criança em entender as razões das proibições é limitada. No decorrer do desenvolvimento, com a resolução da fase edípica, forma-se um superego mais maduro, contendo elementos tanto punitivos como afetuosos, orientando o indivíduo sobre o que pode ou não fazer, o que deve ou não desejar.

Com a teoria estrutural da mente, o pensamento psicanalítico passa a entender o mundo intrapsíquico em termos de conflitos entre as três instâncias, resultando numa luta entre as forças inconscientes que pressionam para serem descarregadas e forças opostas vindas principalmente do ego, que podem envolver outras estruturas e a realidade externa. Havendo, com isso, a mobilização de mecanismos de defesas, isto é, diferentes operações mentais que têm por finalidade

a redução da tensão interna. É em função dos tipos de mecanismos de defesa e a intensidade do seu emprego pelo ego, a determinação da natureza das diferentes estruturações de personalidade (ZIMERMAN, 1999).

Considerando tal constituição do aparelho psíquico, analiso como ocorre o processo pelo qual o indivíduo, inicialmente não socializado passa a socializar. É nesse processo que se dá o desenvolvimento da personalidade.

Atualmente, os estudos sobre a personalidade abordam o processo através de sete fases: oral, anal, fálica, de latência, adolescência, maturidade e velhice. Para cada momento existem demandas específicas a serem vivenciadas. Os recursos internos de cada um, associados à qualidade dos cuidados, da cultura e do tipo de sociedade na qual o indivíduo está inserido, influenciarão na forma como enfrentará cada fase, com maior ou menor facilidade, resultando em traços mais ou menos adaptados.

Para abordar essas fases, Erik Erikson, um dos mais influentes psicanalistas, ampliou a teoria psicanalítica do desenvolvimento para fora dos laços da família nuclear, focalizando além das funções importantes das primeiras experiências, um contexto da sociedade, onde o indivíduo interage com amigos, professores, colegas, entre outros (EIZIRIK, KAPCZINSKI & BASSOLS, 2001). Outrossim, entende que a pessoa evolui por toda a vida, interagindo constantemente com o ambiente e sua personalidade vai sendo moldada. Cada estágio proposto por ele caracteriza-se por uma crise vital, sendo que a resolução de um serve como base para o subsequente.

No quadro abaixo, estão apresentados os oito estágios do ciclo vital propostos por Erikson. Tais estágios não são fixos no tempo. O desenvolvimento é contínuo, embora um estágio possa predominar num determinado momento. A pessoa pode ter aspectos não resolvidos e levá-los para outro estágio ou ainda, pode passar por situações de estresse intenso e regredir para estágios mais primitivos (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 1997). Como diz Erikson (1976, p. 242), “a segurança adquirida em qualquer etapa se põe à prova diante da necessidade de transcendê-la de tal modo que o indivíduo possa aventurar na etapa seguinte o que era mais vulneravelmente precioso na anterior”.

A fim de explicitar as tarefas do ego ao longo do desenvolvimento, coloquei no quadro em negrito a resolução positiva, isto é, mais adaptada e que resulta na ampliação da capacidade egóica de lidar com o mundo externo.

Estágio	Crise Psicossocial
I. Sensorio-Oral (Infância)	Confiança Básica X Desconfiança
II. Anal-Muscular	Autonomia X Vergonha, Dúvida
III. Genital-Locomotor	Iniciativa X Culpa
IV. Latência (Idade Escolar)	Atividade X Inferioridade
V. Puberdade e Adolescência	Identidade X Confusão de Identidade
VI. Adulto Jovem	Intimidade X Isolamento
VII. Adulto	Generatividade X Estagnação
VIII. Maturidade	Integridade de Ego X Desespero.

Quadro 6.1 – Estágios do Ciclo Vital segundo Erik Erikson.

Todas as crises são de interesse para formação da personalidade do indivíduo. Abordá-las em profundidade não é o objetivo desse estudo, portanto, focalizar-se-á a crise intimidade *versus* isolamento e a da generatividade *versus* a estagnação.

A primeira refere-se ao adulto jovem, fase em que o cenário do mundo do trabalho passa a fazer parte de forma mais organizada para a maioria dos indivíduos. Muitos, entretanto, já fizeram sua escolha na adolescência e trazem inscritos no seu mundo interno os desejos e fantasias de uma determinada profissão (EIZIRIK, KAPCZINSKI & BASSOLS, 2001). Assim, o adulto jovem em busca da sua identidade anseia para que possa solidificá-la, ligando-se a outros. A passagem por essa fase de forma satisfatória resulta na capacidade de intimidade que pode ser entendida como:

(...) a capacidade de se confiar a filiações e associações concretas e de desenvolver a força ética necessária para ser fiel a essa ligação, mesmo que elas imponham sacrifícios. Agora corpo e ego devem ser governantes dos modos orgânicos e dos conflitos nucleares, para que possam enfrentar o temor da perda em situações que exigem o autoabandono: na solidariedade das filiações íntimas, nos orgasmos e uniões sexuais, na amizade íntima e no combate físico, nas experiências de inspiração motivada pelos professores e de intuição que vêm dos recessos do eu (ERIKSON, 1976, p.243).

Além de explicitar o caráter psicossocial do seu pensamento, ele se refere especificamente à relação com a figura do professor. Isso interessa na medida em que dá uma dimensão constitucional ao professor que, através da sua relação com o aluno, tem a capacidade de motivá-lo e influenciá-lo na construção de sua

identidade.

A segunda remete ao adulto e a crise de generatividade *versus* estagnação, e é considerado o período mais longo do ciclo vital e durante o qual a pessoa estabelece um compromisso de trabalho, dedicando tempo e energia a incrementar sua vida sadia e produtiva (ERIKSON, 1998). Assim, o trabalho pode ser entendido como um organizador psíquico, no sentido de servir como estruturante do funcionamento e como um meio de estabilidade emocional. Eizirik, Kapczinski & Bassols (2001) comentam que, às vezes, o trabalho é a principal fonte de gratificação nesse estágio da vida, chamando a atenção para um outro aspecto importante que é a capacidade de reconhecer a justaposição da realização e do poder e a aceitação de que há um prazo a partir do qual possivelmente haverá o deslocamento para a próxima geração. Esses autores explicam que, nas pessoas potencialmente saudáveis, os sentimentos de raiva e inveja, gerados por essa percepção, não são atuados mas sublimados no sentido da generatividade e não no sentido de ataques intencionais com intuito de impedir o desenvolvimento e crescimento do outro.

Assim, a resolução a contento dos estágios anteriores possibilitam a capacidade de generatividade do adulto. É definida como:

(...) fundamentalmente a preocupação relativa a firmar e guiar a nova geração, embora haja indivíduos que por falta de sorte ou porque tenham aptidões especiais e genuínas em outras direções, não aplicam essa orientação nem aos seus próprios filhos. E na realidade abrange sinônimos mais populares como produtividade e criatividade, que, entretanto, não podem substituí-la (ERIKSON, 1976, p. 246) .

A intimidade e a generatividade estão muito relacionadas, pois é através da intimidade das relações, vencendo o temor de fundir-se com o outro, que é possível dar continuidade ao desenvolvimento da personalidade e chegar a generatividade. Entender como tais processos ocorrem, talvez ajude a compreender a dinâmica das relações no interior das instituições e entre as gerações.

Outra teoria importante para a compreensão do funcionamento psíquico do indivíduo é a teoria das relações objetais, desenvolvida por Melanie Klein (2006), uma psicanalista austríaca. De acordo com Meltzer (1987), Melanie Klein descreve uma mente que se ocupa dos significados e dos valores, oscilando entre o narcisismo e as relações objetais e que vive em, pelo menos dois mundos, um

externo e outro interno, que é uma esfera tão real como o mundo externo.

Nessa proposta, os impulsos emergem no contexto da díade mãe-bebê focalizando a transformação da relação interpessoal em representações internalizadas dessas relações (GABBARD, 2006). Dessa forma, o processo de desenvolvimento ocorre em função, não apenas da introjeção de figuras parentais, mas da internalização de um relacionamento completo. Gabbard, de forma esclarecedora, refere-se a como isso ocorre:

Um protótipo de experiência amorosa positiva é formado durante o período em que o bebê é amamentado. Esse protótipo inclui uma experiência positiva do self (o lactente), uma experiência positiva do objeto (a mãe cuidadosa) e a experiência positiva afetiva positiva (prazer, saciedade). Quando a fome retorna e a mãe não se encontra imediatamente disponível, ocorre um protótipo de experiência negativa, incluindo uma experiência negativa do self (o lactente desejoso e frustrado), um objeto desatencioso e frustrante (a mãe indisponível) e uma experiência afetiva negativa de raiva e, talvez, de terror. Por fim, essas duas experiências são internalizadas como dois grupos opostos de relações de objetos (...).(GABBARD, 1998, p. 44)

No decorrer do desenvolvimento, essas experiências internas representantes do mundo externo vão se organizando e, nas palavras de Da Rocha Barros & Da Rocha Barros (2006), vão formar “um teatro interno” onde são geradas as significações para as experiências de vida, dando um sentido às ações, às crenças e às percepções do mundo interno e externo.

O desenvolvimento mental, para Melanie Klein, dá-se a partir de duas posições básicas, a posição esquizoparanóide e a posição depressiva, que se organizam e se alternam ao longo da vida como forma de dar sentido às experiências emocionais. Essa concepção das posições rompe com a cronologia linear do desenvolvimento, passando então a ser compreendida a partir da percepção de si mesmo e das experiências, organizando os sentidos das vivências de acordo com a perspectiva na qual são vivenciadas (SOUZA, 2006).

Diferente do que Freud propõe na sua obra, Melanie Klein (2006) sugere que desde o nascimento já existe um ego rudimentar, com condições suficientes de experimentar ansiedade, usar mecanismos de defesa e formar as relações de objeto primitivas na fantasia e na realidade, sendo exposto desde o início à polaridade inata dos instintos de vida e de morte (SEGAL, 1975). Esse ego primitivo é desorganizado, embora já possua uma tendência à integração. Diante do impacto do instinto de morte e de ansiedade intolerável, essa tendência enfraquece e ocorre uma desintegração defensiva, na qual uma parte é convertida em agressividade e

outra, é projetada para fora, para o objeto externo original (seio). Dessa forma, o seio é sentido como mau e ameaçador para o ego, dando origem a um sentimento de perseguição. Isso acontece ao mesmo tempo em que é estabelecida uma relação com objeto ideal, havendo também a projeção da libido para fora, com o intuito de criar um objeto que irá satisfazer o esforço instintivo do ego pela preservação da vida, a parte que fica é usada para estabelecer a relação com objeto. Assim, a fantasia do objeto ideal funde-se com as experiências gratificantes de amor e alimentação recebidos da mãe real, enquanto a fantasia de perseguição mistura-se com as experiências reais de privação e sofrimento (DA ROCHA BARROS & DA ROCHA BARROS, 2006; SEGAL, 1975).

Assim, nessa posição esquizoparanóide, a ansiedade predominante é a de aniquilamento, isto é, de que os objetos maus, perseguidores entrarão no ego e o destruirão, assim como o objeto ideal. Para lidar com tal ansiedade o ego se defende através da projeção, introjeção, *splitting*, idealização identificação. Na projeção, o ego afasta de si e projeta no mundo externo tudo aquilo que sente como desprazeroso; na introjeção, o ego traz para dentro de si características do objeto e, no *splitting*, presente em qualquer mecanismo de defesa, uma parte do ego considera a realidade e a outra se desliga dela (SEGAL, 1975)

A partir das projeções iniciais, desenvolve-se outro mecanismo de defesa que é a identificação projetiva, Nesse, partes do eu e objetos internos são expulsos e projetados no objeto externo, o qual se torna possuído e controlado por essas partes projetadas, identificando-se com elas. É de extrema importância a compreensão de tal mecanismo para a proposta de estudo do processo formativo e a tendência empática, pois, “antes de tudo, trata-se da forma mais primitiva de empatia e é sobre a identificação projetiva, bem como sobre a identificação introjetiva, que se baseia a capacidade de colocar-se no lugar do outro (SEGAL, 1975, p. 48).

Além disso, é sabido que através da identificação projetiva se dá o processo de simbolização, pois, de acordo com essa mesma autora, é pela projeção de partes de si mesmo no objeto e pela identificação do objeto com partes do eu, que o ego forma os primeiros símbolos.

Na teoria kleiniana, as defesas do ego usadas na posição esquizoparanóide não são entendidas apenas como mecanismos de defesa, mas como constituintes de etapas graduais do desenvolvimento.

Isso reporta para a necessidade de ser entendido o processo como o

indivíduo, no decorrer da sua evolução, ultrapassa a posição esquizoparanóide. Para que o indivíduo chegue à posição depressiva, é necessário que haja uma predominância de experiências boas sobre as más e, dessa forma, vá sedimentando a crença no objeto ideal sobre os objetos persecutórios. Assim, mais identificado com o objeto ideal, o ego vai adquirindo maior capacidade para enfrentar a ansiedade, havendo uma aproximação maior entre as partes cindidas e, conseqüentemente, abrindo caminho para a integração (SEGAL, 1975)

É quando o bebê reconhece a mãe como um objeto total e se relaciona com esse objeto que se instala a posição depressiva. Assim, com esse reconhecimento muda a percepção da experiência. Percebendo a mãe como um objeto total, significa reconhecer que ela tem uma vida separada da díade mãe-bebê, o que o leva a experienciar o seu desamparo, a sua dependência dela e até o ciúme de outras pessoas. Na continuidade desse processo de integração, o bebê vai se dando conta que a pessoa que ele odeia e ama é a mesma pessoa, fazendo com que se defronte com os conflitos dessa ambivalência. Determinando uma mudança no foco da ansiedade: do medo de ser destruído pelos objetos persecutórios, para o medo que seus próprios impulsos destrutivos tenham aniquilado ou aniquilem o objeto que ele ama e depende.

A posição depressiva representa uma evolução psíquica sob o ponto de vista da experiência emocional, pois descortina a possibilidade de viver a subjetividade e a historicidade (SOUZA, 2006). Nessa posição, há a possibilidade de ampliar o conhecimento do mundo e de si mesmo, mas também expõe o indivíduo à consciência de aspectos indesejáveis da sua personalidade, gerando outros tipos de ansiedade. É importante que haja a compreensão plena da complexidade que se reveste, quando se fala em profissional reflexivo, pois a possibilidade de capacitá-lo para reflexão passa pela tomada de consciência de aspectos desejáveis e indesejáveis da sua personalidade. É da busca de integração de tais aspectos, no seu mundo interno, que resultará a capacidade reflexiva.

Por último, mas não menos importantes, foram selecionadas algumas contribuições da obra de Bion (1977), de interesse para essa proposta de estudo.

De acordo com Zimerman (2004), Bion acreditava que a psicanálise possuía teorias demais, por isso criou um modelo de funcionamento mental baseado em arranjos combinatórios de elementos. Nesse modelo, propôs a existência de elementos alfa e beta. Os primeiros referem-se às impressões sensoriais e às

experiências emocionais transformadas em imagens para a formação dos sonhos e recordações e para as funções de simbolizar e pensar. Os segundos referem-se à situação na qual tais impressões e experiências não conseguem ser transformadas e precisam ser expulsas e evacuadas para fora da mente. Dessa forma, pode-se pensar que a capacidade de transformar elementos beta em alfa, caracteriza o desenvolvimento do indivíduo, na medida em que favorece a capacidade de pensar e simbolizar.

Foi chamada por Bion, de *rêverie* ou função continente, a capacidade de receber, de conter dentro dela, de decodificar, de significar e de nomear as angústias (elementos beta) do bebê e devolvê-las desintoxicadas, de forma que sejam novamente introjetadas até que o próprio indivíduo possa fazer isso. Dito de outra forma, é a capacidade de vivenciar a identificação projetiva da criança, independente de serem boas ou más (ZIMERMAN, 2004). Cabe explicar que existem autores que não concordam com o uso desses dois termos como sinônimos, pois entendem que o primeiro estaria mais funcionando como um mero depositário das angústias do bebê e que o segundo é que estaria envolvido em todo o processo. No presente trabalho, serão usados indistintamente.

De acordo com Zimerman (1999), na visão de Bion, a vida psíquica ocorre a partir de uma interação da mãe como continente e o bebê como conteúdo. Tal interação se dá através de três vias. A primeira, refere-se às comunicações primitivas, nas quais é esperado que a mãe seja continente às maciças cargas de identificação projetiva emitidas pelo bebê: A segunda, é pela formação do vínculo, que são elos emocionais que se desenvolvem e transformam-se numa interação permanente entre as três características do vínculo: amor, ódio e conhecimento. A terceira, é pela forma de resposta à frustração.

Partindo do entendimento de Arruda (1999), que a capacidade para pensar depende da interação entre pessoas e a qualidade dessa aquisição está relacionada com a forma desta interação, é possível pensar a relação professor-aluno numa perspectiva bioniana, onde professor (continente) e aluno (conteúdo) vivenciam uma experiência análoga à da mãe-bebê. Assim, o professor com capacidade continente, acolhe, tolera e dá significado ao estado de 'não saber' do aluno e, com isso, permite que se desenvolvam através do vínculo todas as potencialidades do aluno. De Marco (2003) chamou essa dimensão do trabalho do professor-médico de "*rêverie* do papel profissional", sobre a qual comenta que "as atitudes do professor

procuram proporcionar continência, acolhimento e elaboração das vivências, visando favorecer à metabolização das angústias dos alunos, que emergem nas experiências do curso médico” (p.208).

Essa perspectiva indica a importância da função docente, pois é esperado que ele tenha condições pessoais para tolerar as identificações projetivas maciças dos alunos, angústias, às vezes bastante primitivas,

Não espero que para exercer a docência seja necessário ter conhecimentos psicanalíticos aprofundados, mas ter alguma idéia da sua existência talvez contribuísse para uma preocupação maior com o vínculo que estabelecido na relação professor-aluno, pois entendo que é na valorização desse vínculo que talvez possa abrir um caminho que reconduza à humanização das relações. Como sugere Imbernón (2001):

(...) Para educar para a vida, realmente para a vida, para essa vida diferente, e para superar as desigualdades sociais, a instituição educativa deve superar definitivamente os enfoques tecnológicos, funcionalistas e burocratizantes, aproximando-se, ao contrário, de seu caráter mais relacional, mais dialógico, mais cultural-contextual e comunitário, em cujo âmbito adquire importância a relação que se estabelece entre todas as pessoas que trabalham dentro e fora da instituição (IMBERNÓN, 2001, p.7).

Assim, o autor deixa explícito a importância dos aspectos relacionais, culturais e os referentes ao contexto institucional para o processo de ensino e de aprendizagem, revelando a complexidade do mesmo.

6.2 - Empatia e Intersubjetividade

A noção de empatia foi considerada pela primeira vez em 1872, por Robert Vicher, um filósofo alemão que se interessava em observar o papel dos sentimentos na produção artística de pessoas que trabalhavam com arte (JACKSON, 1992). O termo empatia é a tradução de *Einführung*, uma palavra alemã que significa literalmente “dentro dos sentimentos” (ZINN, 1993) e que foi utilizado por um psicólogo alemão na discussão de experiências estéticas. Depois, Carl Rogers (sem data) definiu empatia como a habilidade para perceber a estrutura interna de outra pessoa com precisão (JACJSON, 1992).

Cataldo (1998), falando de empatia de uma forma geral, comenta que:

Empatia é compreensão, não é o estado emocional de sentir compaixão ou pena de alguém. A capacidade de sentir empatia é uma característica normal de pessoa que vive em uma comunidade, pré-condição básica para que o homem seja um animal social (CATALDO, 1988, p. 73).

No contexto médico, empatia tem sido descrita como um conceito que abrange os domínios cognitivo, afetivo e emocional (HOJAT, 2002). O domínio cognitivo envolve a habilidade de entender a experiência do mundo interno das outras pessoas. O domínio afetivo refere-se a penetrar dentro ou participar da experiência e sentimentos do outro. O emocional refere-se à resposta subjetiva obtida pela afinidade com outra pessoa. Esses dois últimos conceitos são mais importantes para simpatia do que por empatia. Embora ambos os termos sejam usados como sendo semelhantes, eles devem ser diferenciados em situações de cuidado de pacientes (ZINN, 1993). Os dois conceitos implicam em tomar parte do mundo interno do paciente, mas o médico empático compartilha, se interessa para o seu melhor entendimento do paciente. Já o médico simpático, vai além disso, ele compartilha as suas emoções com o paciente. Pelo fato da simpatia, se excessiva, interferir na objetividade necessária para o diagnóstico e tratamento, tem sido usado o termo 'compassivo afastamento' para descrever o interesse empático do médico pelo paciente, mas mantendo um afastamento razoável para manter o equilíbrio emocional (HOJAT, 2004). Dessa forma, empatia nas situações de cuidado de paciente, é definida, como um atributo cognitivo que envolve a habilidade de entender as experiências do mundo interno do paciente e uma capacidade para comunicar esse entendimento (BOLOGNINI, 1997).

Para Greenson (1960 apud CATALDO, 1998), empatia é um compartilhamento temporário dos sentimentos do outro, propondo alguns aspectos sobre os mecanismos empáticos que devem ser considerados na relação com o paciente. O primeiro sugere que o médico precisa oscilar de uma posição de observador para participante e deve poder retornar para a posição de observador. O segundo refere-se à inibição empática, na qual, por medo, não abandona a posição de observador, não se envolvendo na relação, e, conseqüentemente, perdendo todas as comunicações não verbais e seus significados. O terceiro assinala o risco de se envolver excessivamente nas experiências emocionais de seus pacientes; faz a transição de observador para participante, mas não retorna à posição de observador, ficando identificado com o paciente e atrapalhando a sua capacidade de

observador. O quarto, reafirma a importância de o médico ser capaz de transitar por essas diferentes posições com desenvoltura e sempre vigilante, mostrando-se tanto envolvido como afastado, tanto observador como participante, tanto objetivo como subjetivo em relação ao seu paciente.

O entendimento da empatia assentado na teoria psicanalítica serve de embasamento para o exercício profissional da autora na presente proposta de estudo, servindo tanto para sua prática clínica como psiquiatra e psicoterapeuta como para sua atividade docente junto aos residentes do programa de psiquiatria e aos alunos do internato curricular.

Em 1921, Freud, num trabalho intitulado “Psicologia das Massas e Análise” do Ego, usa o termo *Einfühlung*, que na visão de Zimmerman (1999) se refere à empatia, pois pode ser traduzido como a capacidade de “sentir em si” para poder “sentir dentro do outro”, pelas adequadas identificações projetivas e introjetivas. Ainda, de acordo com esse autor, é importante fazer a distinção entre empatia e intuição. A primeira, no seu entendimento, está mais próxima da área afetiva, enquanto que a segunda está mais assentada no ideativo e pré-cognitivo, o que exigiria certa privação sensorial, uma forma de “escutar com um terceiro ouvido”. Apesar de fazer essa distinção, o autor considera que uma não exclui a outra, mas misturam-se na relação. Não é possível aprendê-las nos processos tradicionais de ensino aprendizagem, mas é possível desenvolvê-las através da experiência emocional do aprendiz. Tais idéias confirmam a relevância de compreender a empatia do professor médico, pois fica evidente que não será apenas pela leitura de textos, aulas ou seminários teóricos sobre relação médico-paciente que se desenvolverá a empatia, mas sim, através da vivência emocional na relação professor-aluno-paciente.

Nessa perspectiva, é útil o entendimento dos processos de transferência e contratransferência que ocorrem nessa relação.

Desde Freud até os autores contemporâneos, muito tem sido estudado sobre o fenômeno da transferência, caracterizando a sua relevância para a compreensão desse evento inconsciente que é acionado nas relações humanas. De forma sucinta, é possível dizer que:

(...) a transferência, em um significado mais amplo, pode ser vista como ubíqua, no sentido de que nossa experiência de relacionamentos passados afeta nossas relações presentes, embora de maneiras complexas das quais

não temos consciência (EIZIRIKI, AGUIAR & SCHESTATSKY, 2005, p. 287).

Na relação médico-paciente, em função do contexto que se estabelece entre a dupla, facilmente é evidenciado tal processo. Conhecer, identificar e aceitar que ele ocorre é muito importante para as pessoas que escolheram uma atividade profissional onde o encontro com o outro é o que fundamenta e justifica a sua prática. Logo, entender que tanto o paciente, na situação clínica, como o aluno, na situação de ensino, vai vivenciar a relação com o médico ou com o professor da mesma forma que vivenciou com pessoas significativas do seu passado. Gabbard (2006), explicita como isso ocorre:

Qualidades dessa figura do passado serão atribuídas ao médico, e sentimentos associados a tal figura serão vivenciados da mesma forma com o médico. O paciente inconscientemente reencena as relações do passado, em vez de lembrá-las, e, dessa forma, introduz no tratamento uma série de informações sobre as suas relações passadas (GABBARD, 2006, p. 25)

Também pode ser considerado que as características reais da pessoa, seja o médico ou o professor, contribuem para a natureza da transferência. Assim como, cada aluno ou cada paciente, mesmo o médico ou o professor ser o mesmo, vai experienciar a relação de forma diferente. Cada dupla é única, bem como o que ocorre se modifica no decorrer da relação. Dessa forma, pessoas com um funcionamento mais empático, mais tolerante, talvez facilitem o manejo de aspectos mais primitivos que surgem na relação, tendo mais condições de identificar que o que está acontecendo é mais complexo do que o comportamento expressado.

O outro processo é o de contratransferência que, numa visão mais totalística, pode ser considerado como inerente a todo o encontro terapêutico, como fica evidente na citação de Kernberg: "(...) como um processo de interação, no qual passado e presente de ambos os participantes, bem como suas mútuas reações ao seu passado e presente, se fundem numa única posição emocional, envolvendo-os mutuamente" (Kernberg apud GABBARD, 2006, p. 304).

Esse fenômeno, de acordo com Racker (1943 apud EIZIRIKI, AGUIAR & SCHESTATSKI, 2005) tem três implicações básicas para a relação: como um obstáculo, se não identificada e atuada pelo médico; como um acesso para a compreensão das relações objetivas do paciente e, terceiro, como uma possibilidade de o paciente ter uma vivência emocional diferente das que tivera inicialmente.

Essas idéias ampliam a compreensão desse processo, assim como abrem a perspectiva de usá-lo para um maior entendimento de toda a relação.

A empatia pode ser entendida, de acordo com Cataldo (1998) como uma identificação projetiva normal e, para isso usa para justificar a sua afirmação uma citação de Hinshelwood de 1991, apresentada no Dicionário do Pensamento Kleiniano, que diz:

“(...) empatia é uma daquelas formas benignas de identificação projetiva que podem ser incluídas na identificação projetiva normal. Quando se fala em colocar-se no lugar do outro, estamos fazendo uma descrição da empatia, mas ela é também a descrição de um processo de inserir uma parte de si dentro do outro, alguma capacidade de autopercepção, na posição de alguém mais; particularmente, trata-se de uma parte da experiência de si próprio que é inserida a fim de ganhar-se, em fantasia, a experiência desse outro. Isto constitui uma atividade bastante normal por parte das pessoas sensíveis” (original p. 305, CATALDO, p. 80)

Entretanto, aceitar que a relação estabelecida envolve processos tão complexos, pode ajudar a uma postura mais empática diante das diferentes situações que se apresentam, tanto na prática clínica, como nas atividades de ensino.

Abordar a questão da empatia, fundamentada no referencial psicanalítico, torna obrigatório falar da escola americana da “psicologia do self” cujo principal representante é Heinz Kohut. Para esse autor, de acordo com Haler & Yudofsky (2006), o desenvolvimento do indivíduo no sentido de um self coeso requer empatia ideal nas relações iniciais, “as crianças definem-se observando a si mesmas no brilho dos olhos de suas mães”, num processo que chama de espelhamento. Baseia sua prática clínica nesse entendimento, pois defende que a empatia possibilita que o analista se coloque no lugar do outro, estabelecendo uma “vivência emocional compartilhada” e possibilita para o paciente a internalização de uma experiência emocional “transmutadora” (ZIMERMAN, 1999).

De acordo com Gabbard (2006), baseado no pensamento de Kohut, as respostas de aprovação da mãe são fundamentais para o desenvolvimento satisfatório, pois são elas que fornecem à criança as bases para auto-valorização. Falhas dessa interação mãe-criança são devastadoras para o ser humano, sabe-se que:

Quando uma mãe deixa de empatizar com a necessidade de seu filho de uma resposta especular, a criança tem grande dificuldade de manter um

sentido de totalidade e auto-estima. Em resposta a essa falha de empatia, o sentido da criança *de self* se fragmenta, e ela desesperadamente tenta ser perfeita e 'representar' para os pais para obter a aprovação que tanto deseja (GABBARD, 2006, p. 47).

Considerando essa perspectiva na relação professor-aluno, posso depreender que talvez exista no olhar do professor uma função estruturante da identidade profissional. A busca do aluno pela aprovação do professor, principalmente daqueles que têm um significado maior para ele, pode ser entendido da mesma forma que a busca da criança pelo olhar da mãe para manter a auto-estima e um *self* coeso. A atitude empática do professor frente às diferentes situações, a sua tolerância ao não saber do aluno, a sua capacidade continente frente às atuações do aluno, talvez possam possibilitar uma vivência marcada por tais aspectos e isso possa ser incorporado ao jeito desse aluno se relacionar depois com seus pacientes.

Também dentro deste ponto de vista, há o vínculo do conhecimento proposto por Bion, ou seja, o vínculo entre o pensamento e as emoções. Esse autor entende a construção do conhecimento de uma forma indissociada da formação do pensamento e, ambas, tendo uma origem nas experiências emocionais primitivas. Zimerman (2004) comenta sobre a função "conhecer" sugerida por Bion, na qual o indivíduo fica consciente da experiência emocional, tira dela uma aprendizagem e consegue abstrair uma conceituação e uma formulação dessa experiência. Nesse sentido, pode ser pensada a forma como ocorre a aprendizagem da relação médico-paciente. Por isso, torna-se importante para o professor ter a compreensão do que acontece nos vínculos que estabelece nas relações de ensino. O embricamento entre pensamento, conhecimento e emoções fica explicitado na citação de Zimerman (2004):

É importante enfatizar que há uma distinção entre uma aquisição cumulativa de conhecimento e a obtenção de um estado mental de sabedoria, em que os conhecimentos foram adquiridos mesclados com as experiências emocionais e servem para ser pensados, elaborados e correlacionados com os fatos da vida, privilegiando a condição de ser uma pessoa verdadeira, e valorizando, sobretudo, a essência no lugar da aparência (ZIMERMAN, 2004, p.158).

Pensar a empatia nas relações médico-paciente, professor-aluno e professor-aluno-paciente, à luz das contribuições mais atuais da intersubjetividade requer, em linhas gerais, o entendimento que a intersubjetividade refere-se à capacidade de

compartilhar a experiência vivida pelo outro. Stern (2007) define esse conceito com clareza :

Intersubjetividade é a capacidade de compartilhamento, conhecer, compreender e sentir a experiência subjetiva do outro, identificar-se com ela, participar dela, e ingressar nela. Ela é uma forma não mágica de leitura da mente por meio da interpretação de comportamentos explícitos como: postura, tom de voz, ritmo da fala e expressão facial, assim como o conteúdo verbal (STERN, 2007, p.90).

Esse autor segue discutindo se há diferenciação entre intersubjetividade e empatia. Ele entende que a psicanálise usou o termo empatia em lugar de intersubjetividade, mas que há múltiplos significados, além de alguns usos antiéticos. A empatia como uma disponibilidade interna para apreender os significados, compreender e interpretar as angústias trazidas pelo paciente, pode ser considerada como um processo ativo e desejável na relação. A empatia como um processo passivo, no qual o médico fica demasiadamente identificado com as projeções do paciente e “perde-se no outro”, ficando suscetível a atuações, por não conseguir diferenciar-se e ter o “terceiro ouvido”, é indesejável. Existe também uma discussão entre os que empregam o termo empatia como basicamente racional e aqueles que defendem que ela é fundamentalmente misteriosa e possui uma base totalmente intuitiva. Diante de tantas divergências revisadas por Stern (2007), ele opta por discorrer sobre a intersubjetividade, definindo seu significado como um processo fundamentalmente humano, do qual a empatia se utiliza para criar seus múltiplos significados.

Stern (2007) aborda a questão de se é necessária consciência para intersubjetividade, e também contempla os diferentes posicionamentos. A dos autores, principalmente oriundos da filosofia, que defendem que ela seria estritamente consciente, pois consideram que a intersubjetividade aborda a subjetividade do outro, e esta se refere apenas ao que está sendo experienciado na instância consciente. Já outros autores, essencialmente psicanalistas, entendem que a intersubjetividade também inclui o material mental que está inconsciente. Por fim, Stern apresenta as idéias de Heller e colaboradores (2001), de que se pode conhecer a mente do outro de maneira implícita e não totalmente consciente, por meio de seus comportamentos não-verbais, ou seja, como “sem saber que conscientemente que sabe”.

Outro aspecto da intersubjetividade discutida por Stern (2007), é se está mais relacionada com o compreender ou com o sentir. Para alguns, estaria mais no plano da compreensão do que estaria acontecendo na mente do outro, no sentido de conhecer, pensar sobre o material e até descrevê-lo. Para outros, estaria mais focalizado na imersão empática na experiência subjetiva do outro. Outrossim, esta distinção pode ser pensada através da perspectiva das fontes de comunicação verbais ou não verbais. Não há dúvida da importância da fala, mas é sabido que ela está acompanhada por gestos, mudanças do tônus corporal, mudanças de postura, mudança do tom de voz e outras particularidades, como o espaçamento dos silêncios e ritmo. Juntamente com a fala, essas comunicações não-verbais constituem uma dimensão da intersubjetividade. Stern conclui dizendo que sem essa perspectiva não-verbal, ficaria difícil contemplar os aspectos empáticos, participativos e repercussivos da intersubjetividade.

Em tempos de neurociência e de neuropsicanálise, cabe-me ainda citar alguns estudos mais recentes relacionados ao assunto desse tema. De acordo com Gabbard (2006), pesquisas que examinam o substrato neural para empatia enfatizam a importância sensitiva dos pais ou dos cuidadores no desenvolvimento da criança. Partindo da identificação dos neurônios de espelhamento em primatas, localizados no córtex pré-motor, que são ativados tanto na execução da ação, como na observação da ação em outros, sugerem que tais neurônios podem estar envolvidos na detecção de objetivos e detecção do que está ocorrendo dentro da mente de outra pessoa. De acordo com esse autor, há uma forte tendência na literatura de que experiências precoces com respostas dos pais e cuidadores regulam os afetos e levam a modelos operativos internos ou de representações da relação, sendo que a região órbita-frontal direita é considerada essencial para o desenvolvimento de representações internalizadas de relacionamentos, que no final funcionariam como reguladores biológicos.

De acordo com Stern (2007), os neurônios-espelhos permitem experienciar o outro como que se estivesse executando a mesma ação ou sentindo a mesma emoção, criando uma sensação de compartilhamento e abrindo possibilidade para compreensão do que se passa com o outro, sobretudo de suas intenções e de seus sentimentos. Dessa forma, tais contribuições da neurociência podem ajudar na compreensão do substrato neuronal da intersubjetividade e de outros fenômenos que dela fazem parte, como a empatia.

Com base no que foi exposto, é possível avaliar a dimensão da complexidade de que se reveste o encontro entre duas pessoas numa relação, seja terapêutica ou de ensino, o que acontece na dupla é único. Mesmo considerando que o professor na realidade seja o mesmo, ao interagir com alunos, diversos aspectos diferentes do seu mundo interno podem ser mobilizados, assim como, cada aluno vai vivenciar a experiência subjetiva de forma diferente. O mesmo ocorre quando envolve também o paciente, e a trama emocional estabelecida torna-se ainda mais intrincada. Pensar nessa complexidade, abrindo espaço para a compreensão do que é subjetivo é o caminho para relacionamentos mais empáticos e éticos.

6.3 - Processo Formativo do Professor de Ensino Superior

Investigar o processo formativo docente requer o entendimento de toda a complexidade e profundidade que lhe é inerente. Isso fica explicitado em Oliveira (2006), quando fala, no plural, de 'processos formativos' como algo que se inicia muito antes da escolha consciente pela docência, mas que já pode ter sido iniciado nas vivências como aluno, nos processos de escolarização.

Tais processos, de início tão remoto, podem ser entendidos a partir das relações de objeto, proposta por Klein. Bacha (2006) diz que, da mesma forma que a mãe nutre o bebê, a educação é uma oferta carregada de significações inconscientes, que o professor faz a criança. Assim, pode se inferir, que a partir de objetos internalizados nessa relação inicial com a criança, o mundo interno é povoado de representações que novamente serão projetadas para o mundo externo. Nessa dinâmica, ao longo de toda a vida escolar vão sendo integradas essas representações, configurando a tonalidade das relações.

Essa aproximação também é proposta por Heller (1982), quando sugere que:

O ser humano começa a apropriar-se das coisas do mundo a partir do seu próprio nascimento. É o mundo que proporciona as coisas que deverão ser apropriadas. Tudo aquilo que me apropri (íntegro dentro do eu) se converte em ego, e no futuro será cada vez mais projeção do ego, que abre caminho a posterior apropriação do mundo. Assim se desenvolve a relação de sujeito a objeto que caracteriza o ser humano. E só o ser humano. (HELLER, 1982, p. 35)³

Dentro dessa perspectiva, compreender o processo formativo do professor de

³ Tradução livre

ensino superior exige o entendimento do processo formativo do ser humano, de como ele se constitui um adulto que irá exercer essa função, considerando que ambos são inseparáveis na vida real. No pensamento helleriano, a ação, pensamento e sentimento são manifestações da vida humana, indissociáveis, que só podem ser separados funcionalmente.

Seguindo nessa dimensão integralizadora, Isaia (1996), estudando sobre os sentimentos que permeiam a prática pedagógica dos professores universitários, encontrou três grupos de sentimentos que regulam as relações do mundo pessoal do professor com o mundo da produção cognitiva. O primeiro inclui sentimentos vinculados às expectativas de crescimento pessoal, tanto do ponto de vista produtivo como pela possibilidade de expor aos outros. O segundo implica sentimentos associados à produção intelectual, sendo a curiosidade assinalada pela autora como o elemento catalizador do prazer pela investigação, pelo descobrimento e pelo reconhecimento. O terceiro e último, caracteriza-se como um grupo de sentimentos da área valorativa e cognitiva, como tensão e angústia diante da elaboração intelectual, frustração diante de situações em que o processo produtivo fica prejudicado por algum motivo, e a culpa experimentada por ter poucas publicações.

Nesse mesmo estudo, com relação ao ato de ensinar, os professores sentem-se afetivamente envolvidos com ele, o que fez com que o ensino fosse o núcleo orientador de suas vidas. Sendo unânime a percepção de que o mundo pessoal e o acadêmico estão tão imbricados que é impossível delimitar o ser professor e ser pessoa. Considerando as relações professor-aluno, o clima é de “neutralidade afetiva”, no sentido que os alunos não têm acesso irrestrito ao mundo subjetivo de seus mestres. Dessa forma, situações conflitantes são percebidas como ameaçadoras do espaço pedagógico e que, de um modo geral, os professores evitam tais situações, prevalecendo o cultivo da imagem do professor frente aos seus alunos. Assim, a autora expõe seu pensamento, dizendo:

Entendemos que somente o professor profundamente envolvido com sua prática pedagógica, que a considere um elemento indispensável à sua realização pessoal, pode incumbir-se adequadamente de sua função de orientar os alunos na difícil conquista do conhecimento e da aprendizagem. [...] no caso do aluno, cabe ao professor ajudá-lo a desenvolver o sentimento de empolgação pelo conhecimento e pela aprendizagem através de seu exemplo pessoal, pelo entusiasmo, interesse e satisfação que demonstra sentir frente ao ensino e a busca do conhecimento. (ISAIA, 1996, p.8).

Essa mesma autora chama a atenção para o fato de que o professor pode representar um modelo para o aluno e, nesse sentido, sugere, baseada nas idéias de Vygotsky, que a aprendizagem se dá por influência, incluindo o modo de pensar, de agir, de sentir e também do seu sistema de valores. Isaia explicita seu ponto de vista com a citação abaixo:

O ensino universitário poderá ser fator de desenvolvimento docente e discente, na medida em que estiver alicerçado na relação dinâmica entre sentimentos e cognições (produções). Desse modo, compreende atividade produtiva de professores e alunos, bem como a apreciação dos mesmos e seu conseqüente envolvimento emocional com o conhecer, o ensinar e o aprender (ISAIA, 1996, p. 8)

Essa compreensão, em alguma proporção, encontra ressonância na concepção de processo formativo proposta por Isaia (2006), que entende o processo englobando o desenvolvimento pessoal e profissional, interrelacionando ações autoformativas, heteroformativas e interformativas. A autoformação é compreendida como um processo consciente de responsabilização e busca pela própria formação. Nessa perspectiva, Marcelo Garcia (1999) explica que o indivíduo contribui para o seu processo de formação a partir de suas representações e competências. Isso leva a depreender quais aspectos constitucionais e de personalidade podem ser fortes determinantes para pôr em andamento essa busca.

Quanto ao processo heteroformativo, é possível dizer que é uma formação que se organiza e se desenvolve por agentes externos, sem que seja comprometida a personalidade do sujeito que participa (DEBESSE apud MARCELO GARCIA, 1999; ISAIA, 2006). É importante salientar que as propostas heteroformativas devem ocorrer em sintonia com as ações autoformativas, pois as ansiedades formativas inerentes a um grupo de professores precisam ser contempladas.

No processo interformativo, a aquisição, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento profissional acontecem a partir de ações interpessoais de um grupo com necessidades e interesses comuns, caracterizando a natureza social da formação (Debesse apud Marcelo Garcia, 1999; Isaia, 2006).

Tudo isso ocorre de forma dinâmica e precisa acontecer paralelamente nessas três dimensões (MARCELO, 1999). Descuidar qualquer uma delas equivale a prejudicar as outras. Pode ser dito que a formação se dá em três direções diferentes: autoformação, heteroformação e interformação. Os sujeitos se formam,

formam aos outros e formam uns aos outros, dialeticamente, num processo contínuo de troca, mudanças e aprimoramento.

Para abordar a temática da formação docente universitária, Zabalza (2004) se propõe a analisar as seguintes questões: o sentido e relevância da formação, conteúdos da formação, destinatários da formação, agentes da formação e organização da formação. Esse autor também aponta alguns desafios a serem enfrentados pelos programas de formação de professores universitários. Desenvolve o tema, estruturando o seu pensamento através da utilização de dilemas. Para analisar o sentido e a relevância da formação considera a questão de formar para quê.

Por um lado, está a formação para o desenvolvimento pessoal, voltada para as necessidades individuais dos professores ou aos seus interesses; por outro, uma formação direcionada para a resolução das necessidades da instituição, correndo o risco dos sujeitos não assumirem a responsabilidade pelo seu próprio desenvolvimento, envolvendo-se muito pouco nas propostas formativas. Após considerar esses dois extremos, Zabalza (2004) sugere uma participação ativa dos departamentos, na tentativa de fazer uma intermediação entre as necessidades dos indivíduos e as necessidades da instituição. Outro aspecto abordado é a utilização da avaliação formativa realizada num contexto de confiança e desejo de superação.

No dilema entre a motivação intrínseca e a motivação pelo reconhecimento ou efeitos da formação na carreira docente, Zabalza (2004) propõe que seria o ideal a elaboração de programas interessantes por si mesmo e com repercussões benéficas para professores em relação ao reconhecimento institucional. Além disso, deveria a progressão profissional ser baseada na qualidade da docência, não apenas em parâmetros de pesquisa.

Quanto à questão dos conteúdos da formação, Zabalza (2004) impõe-se alguns questionamentos, tais como: formação generalista do tipo pedagógica ou formação específica e vinculada a própria área do conhecimento; por último, formação para docência ou para pesquisa; formação para o ensino ou para a aprendizagem; formação para tarefas de gestão, de relações externas ou negar que tais atribuições não fazem parte do exercício da docência.

Quanto aos destinatários da formação docente, o autor defende a idéia de formação para todos os professores, mesmo entendendo que não seja tarefa fácil desenvolver um programa de formação que atenda aos anseios tanto dos

professores mais experientes, como dos novatos. Por último, mas não menos complexo, está o dilema das diferenças culturais entre os professores e o pessoal administrativo e gerenciadores das universidades. Nessa questão, o autor sugere que se deva buscar um sistema formativo integrado voltado para a qualificação da instituição como um todo.

Outros dilemas se impõem, quando o autor analisa os aspectos referentes ao formador. Entende que o formador deva ter credibilidade e legitimidade junto aos participantes, além de uma experiência profissional ampla, atitude reflexiva e habilidades específicas para orientação. Assim, o ideal seria uma equipe mista de formadores com conhecimentos pedagógicos fortes e conhecimentos disciplinares sólidos. Também discute se a formação deveria ser com o pessoal da casa ou alheio a ela e se deveria haver a profissionalização do formador. Em ambas as situações, os dois extremos têm pontos positivos e negativos. Da mesma forma, quanto aos modelos metodológicos da formação docente, para cada proposta existem aspectos benéficos e prejudiciais .

Zabalza (2004) também propõe cinco linhas básicas de desenvolvimento de programas de formação de professores universitários. Defende, primeiramente, a idéia da passagem de uma docência baseada no ensino, para a docência baseada na aprendizagem. Nessa, antes do compromisso com as suas disciplinas, está o compromisso com os seus alunos e, junto a eles, exercerem a função de facilitadores das aprendizagens. Daí a necessidade da dupla competência: científica, como conhecedores da sua área, e pedagógica, como pessoas comprometidas com a formação e com a aprendizagem de seus alunos. Segue, alertando para os novos cenários tecnológicos em que a formação transitará e a necessidade de enriquecer os processos de aprendizagem, unindo-os ao novo contexto tecnológico, e não de fazer apenas a mesma coisa que se fazia antes, porém com meios mais sofisticados. Defende a idéia dos estágios práticos serem um componente transversal da formação, devendo influir e ser influenciado por todas as disciplinas curriculares, além de propor uma flexibilização do currículo universitário. Também propõe a busca da qualidade através da revisão das práticas docentes. Entende que a qualidade está ligada à formação docente e que a qualidade, resume-se em três grandes compromissos: fazer bem o que se está fazendo mal, fazer melhor o que se está fazendo bem e fazer o que não se está fazendo e fazê-lo bem.

Entretanto, para que esse fazer aconteça, é preciso pensar a docência como

uma atividade também regida pelas relações interpessoais e vivências de cunho afetivo valorativo e ético, indicando que ela não se esgota na dimensão técnica, mas remete ao que de mais pessoal existe em cada professor (ISAIA, 2003). Dentro dessa perspectiva, os sentimentos são elementos dinamizadores da atividade educativa docente. De acordo com Isaia (2003), os sentimentos representam vivência afetivas que determinam a implicação dos docentes com o mundo ao seu redor, envolvendo eles mesmos, outras pessoas e situações relativas as suas trajetórias pessoais e profissionais.

Ada Abraham (2000) não pesquisa especificamente a docência superior, mas propõe todo um referencial teórico para compreensão da subjetividade do professor, a partir de conceitos oriundos tanto da teoria psicanalítica como de outras teorias derivadas, como as desenvolvidas por Roger e Sullivan, entre outros. Como fundamenta seus estudos em tais teorias que buscam a compreensão do que é essencialmente humano, penso que seja possível usar suas contribuições para entender a docência superior.

Para abordar as dificuldades que os docentes enfrentam ao lidar com a complexidade das situações de vida que se encontram, ela usa a metáfora do labirinto. Essa metáfora representa um caminho difícil a ser percorrido pelos professores para atingirem a meta a que se propõem. Talvez isso signifique a busca permanente de novas possibilidades, tanto para o eu pessoal como o para o eu profissional. Segundo a referida autora, esse é o único caminho para o docente evitar a estagnação das mesmas posições e atitudes petrificadas, freqüentemente encontradas nas instituições de ensino.

Quando fala da experiência labiríntica, Abraham (2000) defende a idéia de que poucos professores se atrevem a tentar sair do labirinto. Justifica tal atitude pelo fato de que muitos não podem sequer tomar consciência da existência do labirinto, ou seja, tomar conhecimento de que existem outras possibilidades de vivenciar de forma mais enriquecedora a sua existência, tanto como indivíduo, quanto como professor. Diante da incerteza e do novo, o professor defende-se da ansiedade, usando mecanismos inconscientes, principalmente de negação e projeção.

É muito interessante o entendimento da autora em relação à constituição do labirinto, em que ela trabalha as concepções do eu profissional e dos entrelaçamentos do eu individual e do eu profissional grupal. O eu profissional é multidimensional e engloba as relações do indivíduo com ele mesmo e com os

outros indivíduos significantes do seu campo profissional. Na base desse conceito, estão as imagens, atitudes, valores, sentimentos, desejos, tensões, conscientes ou inconscientes, assentados numa relação dinâmica entre o mundo interno e o mundo externo do indivíduo.

A interface entre o eu individual e o eu profissional grupal explicita-se no campo escolar com suas proibições, fantasias, idealizações, conflitos e representações. Também existe uma relação dinâmica entre essas duas instâncias. Os diferentes 'eus individuais' contribuem, em parte, para constituírem um eu profissional grupal, ao mesmo tempo esse último mobiliza e produz uma desacomodação interna no indivíduo. Isso é gerado por um emaranhado de afetos, tais como: angústia contra a influência recíproca do outro, a necessidade de identificação e reconhecimento, fases de oposição, atitudes depressivas ou persecutórias frente às ameaças que o professor, freqüentemente não sabe discernir se provêm de fora ou de dentro dele.

A autora propõe três situações em que essa intrincada relação do eu coletivo e o eu individual impede o professor de achar o seu caminho no labirinto. A primeira refere-se ao fato de haver um reforço excessivo do eu coletivo de um mecanismo de defesa individual. A segunda propõe a existência de um conflito ou incompatibilidade entre os mecanismos de defesa do eu individual e do eu coletivo. A terceira e última instala-se quando há desvalorização ou até mesmo proibição por parte do eu coletivo sobre determinados mecanismos de defesa do indivíduo. Em todas essas situações, há um consumo grande de energia para intermediar essas demandas do mundo interno e do mundo externo do professor, levando-o ao desgaste emocional, à inércia e, muitas vezes, à doença psíquica. Diante disso, torna-se pouco provável que consiga perceber qualquer possibilidade de existência, diferente da que já conhece, falta-lhe energia psíquica para que possa investir em novos caminhos, tolerando as angústias do desconhecido.

Quando aborda a questão do eu verdadeiro e do falso eu, a autora diz que um professor saudável psiquicamente é aquele que pode aceitar a existência desses dois 'eus'. Defende a idéia de que o sistema escolar precisa impedir que o falso eu invada o eu verdadeiro, permitindo que esse se realize e permaneça em contato com a realidade. Para isso, ela propõe como meio de fortalecer o verdadeiro eu um ambiente que favoreça a tomada de consciência.

Também aborda o espaço como um elemento presente em todas as

manifestações emocionais. Propõe que a organização espacial da escola seja a projeção direta das redes de comunicação, intraindividuais e enterindividuais, comprobatórias da existência de um eu coletivo. O lugar destinado para o aluno, para o professor, reservado para o jogo, ou mesmo a estrutura do prédio escolar determinam certos tipos de relações psicológicas. Dessa forma, toda modificação de tal espaço implica em modificações das relações psicológicas entre as pessoas que fazem parte desse espaço. Defende que mais estudos são necessários sobre o assunto, pois o docente vive a sua vida profissional nesse espaço e é nele que investe emocionalmente com as suas próprias significações. Transpondo para o professor de ensino superior, este espaço que fala Abraham é representado pelas instituições de ensino superior, cada uma com sua dinâmica e cultura próprias.

De acordo com Isaia (2003), a evidência que a docência é marcada pela dimensão pessoal é atestada pelo fato que os professores se posicionam como sujeitos capazes de se distanciarem das atividades desenvolvidas, tornando-as objeto de reflexão.

Falando especificamente da docência superior, Isaia (2005) discute como se constitui o professor de ensino superior a partir do entrelaçamento da sua trajetória pessoal e profissional. Para isso utiliza, inicialmente, algumas concepções, como: de vida adulta, de trajetória de vida; fases do ciclo vital, constituição do eu pessoal, profissional e grupal propostos por Ada Abraham, da mesma forma que outros conceitos dela. A seguir aprofunda a discussão da construção docente, a partir da intrínseca relação da dimensão pessoal e profissional. Com base nos pressupostos teóricos de Ortega & Gasset (1970) propõe parâmetros, pelos quais os professores passam ao longo de suas trajetórias de vida profissional e pessoal.

Fica evidente, ao longo de todo o texto da autora, a idéia que não é adequado, à luz dos conhecimentos atuais, investigar o processo formativo do professor dissociando a dimensão pessoal da profissional. Assim, em consonância com as idéias de Ada Abraham, o professor precisa ser visto como sujeito de sua própria vida e do processo educativo do qual ele é um dos autores. Partindo disso, Isaia (2005) entende o percurso docente como um processo complexo, no qual fases da vida e da profissão se entrelaçam, sem que seja possível negar a existência de uma estreita relação entre elas.

Do mesmo modo, para Zabalza (2004), boa parte da capacidade de influenciar os alunos tem origem no que o professor é como pessoa, na forma de se

apresentar, nas modalidades de relação que estabelece com os mesmos. Dentro dessa perspectiva, para que se formem profissionais mais empáticos, é necessário que existam professores mais empáticos. Para tanto, torna-se indispensável saber quem é esse professor, o que ele sente ou vive, as expectativas que ele desenvolve em seu trabalho.

Entretanto, apesar do caráter essencial dos sentimentos para a compreensão do processo educativo, é observada uma carência de estudos principalmente na docência superior (ISAIA, 2003). Considerando o professor médico, e mais especificamente a empatia, praticamente não existe literatura disponível, pois a ênfase recai sobre o aluno ou sobre o exercício da medicina.

6.4 - O Professor Médico

Pareceu-me que estruturar meu projeto de estudo, tendo como um dos tópicos 'o professor-médico', seria suficiente para delimitar de forma mais específica o assunto. Entretanto, as reflexões que foram sendo configuradas no decorrer da revisão da literatura, nos momentos de repensar a minha própria prática docente e as angústias compartilhadas algumas vezes com colegas mais próximos, levaram-me a compreender a complexidade do que estava propondo, assim como, da existência de muitos caminhos possíveis para pensar nesse sujeito tão resumido e objetivamente simplificado em dois vocábulos. As diferentes perspectivas que foram surgindo levaram-me a optar pelos seguintes direcionamentos: a medicina como um ofício em que ensinar e aprender faz parte do exercício profissional; quem é o sujeito que institucionalmente é considerado professor de medicina; as concepções sobre o processo de ensino e aprendizagem desses sujeitos; a perspectiva relacional do professor médico e as demandas atuais do ensino profissional.

Em alguma proporção, é inerente ao exercício da medicina o ato educativo (BATISTA & SOUZA da SILVA, 2001), aqui entendido como o que se estabelece na relação médico-paciente, na qual ambos os participantes se disponibilizam a compartilhar conhecimentos e informações. O paciente empenhando-se em relatar o seu sofrimento e sua história, e o médico, em ouvir, examinar e contribuir para o alívio, conforto e qualidade de vida do paciente. Essa situação não está amparada pelas teorias de ensino e de aprendizagem, mas existe um objetivo educacional. Numa relação médico-paciente satisfatória, há uma disposição do paciente em

aprender um jeito de viver e de se cuidar mais apropriado. Da mesma forma que, cada vez mais, o médico precisa abandonar a sua posição de dono da verdade, para se aproximar do paciente, permitir-se imergir numa realidade, muitas vezes, adversa a que se está habituado, para conseguir apreendê-la. Inicialmente, isso ocorre com o intuito de buscar informações que lhe ajudem a ter uma determinada conduta, mas não é raro aprender aspectos da cultura, da situação de vida, do entendimento leigo que o paciente tem das patologias, entre outras possibilidades.

Assim como, também é antiga a idéia que cabe ao médico, independente de ser ou não professor de um Curso de Medicina, colaborar na formação de novos médicos e ter reconhecimento por seus mestres. Já no século V a.C., no Juramento de Hipócrates, aceito como um norteador da conduta de todos os que seguem a medicina, fica explicitado nos seguintes termos:

Considerar meu mestre em medicina como se fosse meu pai: compartilhar com ele meus bens e, se for o caso, ajudar-lhe em suas necessidades. Ter seus filhos como irmãos meus e ensinar-lhes essa arte, caso queiram aprendê-la, sem gratificação e sem compromisso: fazer a meus filhos partícipes dos preceitos, ensinamentos orais e demais doutrinas, assim como aos de meu mestre e aos discípulos comprometidos e que tenham prestado o juramento segundo a lei médica. (LYONS & PETRUCELLI, 1997, p.214).

Essa função do médico de colaborar na formação dos mais jovens, permanece até hoje. Fica evidente, tanto na prática liberal da profissão, como no interior das instituições de atendimento de saúde. Em algumas especialidades como é o caso da psiquiatria e psicoterapia, a procura por um colega para aprender com sua experiência profissional não termina com o fim da formação acadêmica exigida para exercer a profissão. É recomendado e bastante valorizado que seja buscado esse auxílio, nos anos subseqüentes e sempre que seja sentida a necessidade, independente do tempo de trabalho. Da mesma forma como nos hospitais escola, estão incluídas nas atribuições dos funcionários médicos atividades de ensino tanto com alunos, como com outros colegas. Isso é tão imbricado na prática médica que o aluno, muitas vezes, sem que lhe seja informado, não identifica a diferença entre o professor-médico e o médico do serviço no qual vai acontecer talvez a maior parte da sua formação.

Tal constatação também me fez refletir sobre quem é o professor de medicina, institucionalmente identificado como docente, mas que nem sempre é

reconhecido pelos seus alunos como tal e não consegue se diferenciar de outros profissionais médicos que atuam nos cenários de formação.

Algumas aproximações para o entendimento dessa questão foram feitas por Tamozauskas (2003), quando investigou como se dá o processo pelo qual o médico especialista se constitui professor. Ela começa falando de como ocorre o ingresso à docência: "(...) é um especialista e seu bom desempenho profissional, como médico, lhe permite que assuma as atividades de professor" (TAMOZAUSKAS, 2003, p.14). Essa é a realidade da maioria dos professores, isto é, têm toda a sua formação voltada para sua especialidade médica, e suas qualificações como médico especialista é que o tornam apto a exercer a docência, não sendo exigido nenhum outro tipo de conhecimento que, pelo menos teoricamente, o ajudasse a desenvolver a atividade de professor.

Considerando que tal formação é essencialmente técnica, que as especialidades médicas são basicamente treinamento em serviços de alta complexidade, a maioria dos professores ingressa para docência sem qualquer preparo ou conhecimento sobre ensino e aprendizagem. Estudando sobre a docência universitária de uma forma generalizada, Anatsiou (apud OLIVEIRA, 2003), com muita apropriação, ilustra essa situação quando diz que:

A maioria dos que atuam na docência universitária tornou-se professor da noite para o dia: dormiram profissionais e pesquisadores de diferentes áreas e acordaram professores. Não há garantia de que a mesma tenha igual peso na construção do significado dos saberes, das competências, dos compromissos e das habilidades referentes à docência. (ANASTASIOU apud OLIVEIRA, 2003, p.258).

Tal afirmação também é corroborada por estudos feitos por Batista & Souza da Silva (2001) com alunos-professores das disciplinas de pedagogia médica e didática especial, oferecidas aos cursos de mestrado e doutorado em medicina em cinco instituições de ensino superior. Nestes, observaram que para a grande maioria dos entrevistados, a docência é percebida como uma atividade complementar à profissão médica. Talvez isso seja ainda mais importante em outras populações, pois pode se depreender que indivíduos investindo em cursos de mestrado e doutorado em medicina e fazendo tais disciplinas, caracteristicamente voltadas para o ensino médico, estejam mais sensibilizados para a sua atividade como docentes.

Outra investigação realizada por Tamozauskas (2003) mostrou que todos os

professores consideram que existe uma relação importante entre as duas atividades, docência e exercício da medicina, identificando pontos de convergência e a existência de uma influência mútua de uma na outra. Para a autora, as vivências do ser ou de já ter clinicado enriquecem a atividade de professor, principalmente, através de exemplos vividos, e que isso ajuda para que a aula deixe de ser apenas reprodução de um conhecimento dos outros. Da mesma forma, foi observado que a docência influencia na busca de uma atualização permanente e que o *status* de ser professor de uma faculdade de medicina daria uma maior confiabilidade ao profissional médico. Provavelmente, o fato de esse estudo ter sido realizado com professores que estavam iniciando a carreira docente influenciou os achados. A preocupação com a 'confiabilidade' e com o fato de se manter atualizado, talvez possa ser entendido como certa angústia pela construção da própria identidade profissional. É questionável o quanto a docência pode influenciar nisso, pois a complexidade que caracteriza essa construção aponta para uma multiplicidade de fatores determinantes, passando inclusive por alguns que são constitucionais como, por exemplo, aspectos da estrutura de personalidade de cada sujeito. Assim como ter vivências na profissão pode não assegurar um processo de ensino-aprendizagem criativo e de não transmissão e reprodução do conhecimento. Não são raros os exemplos de professores com vários anos de experiência no exercício da medicina, com um rico acervo de exemplos, que não conseguem [re] significar essa bagagem para realidade atual do ensino médico e do mercado de trabalho.

Na busca de um entendimento maior de como o professor-médico pensa sobre a atividade docente e essa relação com a prática, Pontes, Rego & Gomes da Silva JR (2006) pesquisaram sobre as concepções epistemológicas de um grupo de professores da Universidade Federal Fluminense, responsáveis pela disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado II. O que motivou os autores desse estudo foi uma crescente preocupação com a crença quase generalizada por parte dos docentes que, inserindo os alunos num novo espaço de prática, eles se sensibilizariam para uma nova postura como médicos. Eles percebem como sendo insuficiente essa estratégia, pois nela o aprendizado é passivo e o fato de simplesmente expor o aluno ao ambiente e que ele absorverá o conhecimento necessário para sua formação é um caminho fadado ao insucesso das novas propostas curriculares. A partir disso, interrogaram os professores sobre suas idéias em relação ao processo de ensino aprendizagem. A reação inicial da maioria deles

foi de estranhamento e/ou constrangimento diante do questionamento. Assim como as falas foram marcadas por um forte caráter empirista de conceber o processo de ensino-aprendizagem, na qual a prática é entendida como uma fonte de conhecimento da qual se retira ou se aplica a teoria. Poucos professores identificaram a necessidade de reflexão sobre a prática e nem a consideraram como uma possibilidade de aprendizado.

Os autores desse estudo posicionam-se a favor de uma proposta de ensino-aprendizagem construtivista, na qual o conhecimento não é dado, nem está pronto para o indivíduo apenas se apropriar dele, mas que se constitui pela força da ação, interpretação e internalização desse conhecimento às estruturas psíquicas do indivíduo. Nessa proposta, a função do professor médico seria de trabalhar no sentido de desafiar o aluno a construir seu próprio conhecimento, indo além das aparências, das percepções cotidianas e ações práticas. Defendem que o professor precisa tomar como ponto de partida os conhecimentos iniciais, os significados e os sentidos que o aluno tem sobre o conteúdo e as situações que se impõem na prática. Seguindo uma estratégia que conduza ao questionamento dessa bagagem inicial, favorecendo modificações e ampliações dessas concepções prévias, ligando-a a uma construção permanente do conhecimento a partir da prática, num processo caracteristicamente reflexivo. Para que isso seja possível, entendem que:

Os saberes docentes são fundamentais na produção de um novo saber fazer docente e que sem uma teoria que dê sentido às práticas, estas não se transformam. Os professores, portanto, necessitam de teorias sobre como se aprende e como se ensina (PONTES, REGO & GOMES DA SILVA JR, 2006, p 73).

Assim, fica explícita a necessidade do docente ter um conhecimento mínimo dos saberes pedagógicos reais, para que haja reflexão sobre os problemas e as experiências da prática. Sem isso, não se pode ter grandes expectativas de mudança no perfil do médico egresso nesses novos currículos, pois, na visão desses pesquisadores, as transformações somente ocorrerão se os professores médicos ampliarem a consciência sobre os aspectos históricos, sociais, culturais e organizacionais de suas práticas educativas.

Batista & Souza da Silva (op. cit. 2001) também investigaram sobre as diferentes perspectivas que caracterizam o trabalho docente. Através de entrevistas, da observação da prática docente e da análise dos planos de ensino, do já referido

grupo de professores, identificaram três perspectivas: a do docente, a da associação com outros saberes e a da que se refere ao diálogo professor-aluno. A primeira centra o processo de formação no docente, privilegiando o ensino tradicional, com ênfase na transmissão de conteúdos, partindo de uma realidade que nem sempre tem significado para o aluno e muito impregnada de objetividade e pragmatismo que são aspectos dominantes do modelo de ensino vigentes na maioria das escolas médicas. De acordo com o relatório da CINAEM (1997), essa perspectiva estrutura-se a partir de um modelo fragmentado que privilegia as partes em detrimento da totalidade e com forte apelo às diferentes áreas de especialização da medicina. Nesta segunda perspectiva, outros saberes da experiência docente são valorizados; o professor não se restringe ao seu campo específico de conhecimento, sente necessidade de dialogar com outras áreas do mesmo. Isso indica uma atitude mais interdisciplinar do professor, que consegue sair da cômoda posição do seu campo de conhecimento e ousa ir para além das fronteiras do seguro, do conhecido, do que domina. O resultado poderá ser o enriquecimento da sua prática docente se tiver recursos pessoais para refletir, elaborar e usufruir dessas vivências. Esse grupo identificado caracteriza-se, por um outro achado por parte dos pesquisadores, o do reconhecimento da importância da dimensão profissional da docência médica, tanto para o desenvolvimento de trabalhos interdisciplinares, como no enfrentamento de todas as adversidades inerentes ao ensino médico no Brasil. A terceira e última enfatiza o diálogo professor-aluno. Nessa, o docente assume uma condição de mediador, sem perder de vista a especificidade do ensino médico em relação à atividade assistencial. Trabalha considerando a complexidade das relações professor-aluno-paciente.

Entender essa perspectiva relacional do trabalho do professor médico é fundamental para a humanização dos futuros médicos, pois não se pode negar que a medicina e as ciências da saúde, antes mesmo de serem biológicas, são humanas (KOMATSU, 2002). Nesse sentido, Caixeta (2005) considera um paradoxo querer sensibilizar o outro para uma prática voltada à integralidade, entendida por ele como a inclusão dos aspectos emocionais da relação, sendo que todo o investimento é cognitivo.

Referindo-se especificamente à relação professor-aluno no ensino superior, Gill (2006) a considera como sendo complexa e ampla. Justifica tal afirmação pelo fato de que a relação tem tanto um caráter mais pessoal, no sentido de reconhecer o

êxito dos alunos, de reforçar a sua autoconfiança e de manter um convívio marcado pela cordialidade e o respeito, como aquela relação voltada para a criação de uma estrutura que facilite a comunicação e a aprendizagem. Segue dizendo que “muito do que é mais significativo em sala de aula tem a ver com o relacionamento professor–aluno” (p.57). Faz uma síntese dos três enfoques teóricos mais adotados nos estudos dessa relação: o rogeriano, o psicanalítico e o construtivista.

O primeiro, embasado nas teorias humanistas de Carl Rogers, defende a idéia de que, para uma aprendizagem significativa é necessária a presença de certas atitudes na relação professor-aluno. A autenticidade é a primeira delas. Refere-se à pessoa real do professor, com sentimentos e preferências, que admitidos por ele próprio, serão vivenciados na relação de forma autêntica e, conseqüentemente, o aluno o perceberá como “uma pessoa, não a corporificação anônima de uma exigência curricular ou um tubo estéril através do qual o conhecimento é passado de uma geração para outra” (ROGERS APUD GIL, 2006, p.59). Talvez, no ensino médico, esse aspecto esteja sendo negligenciado pelos docentes, principalmente quando não conseguem lidar com os próprios sentimentos, assumindo uma atitude onipotente e onisciente frente ao aluno, repetindo, muitas vezes, uma postura de afastamento tanto na relação professor-aluno como na relação professor-aluno-paciente. Outra atitude valorizada por esse enfoque é a de apreço ao estudante e por tudo que tenha a ver com o seu mundo, aceitando-o como alguém que tem valor por si próprio, constituindo-se diferente do professor em pensamentos, atitudes e até mesmo oferecendo resistências ao processo de aprendizagem. Também cita a compreensão empática como a capacidade de entender o que acontece com o aluno e suas reações diante das diferentes situações. Essa atitude reveste-se de significado quando se pensa no Ensino Médico, pois uma das possibilidades para sensibilizar o aluno que ainda não tem uma atitude empática é experienciá-la na relação professor-aluno, na esperança que, mobilizado por uma vivência emocional diferente, desenvolva recursos internos que lhe permitam ser mais afetivo e empático nas suas relações.

Dentro desse enfoque psicanalítico, ele usa basicamente os conceitos de transferência, contratransferência e campo, apresentados anteriormente. O autor entende que, nessa abordagem, o valor não está nos conteúdos cognitivos que transitam entre o professor e o aluno, mas na relação afetiva entre ambos, havendo um interesse no que acontece no campo que se estabelece entre o docente e o

estudante. Dessa forma, estaria mais ou menos, dependendo do que for mobilizado nesse campo e das condições de cada um dos membros da díade, criadas as condições para aprender, quaisquer que sejam os conteúdos. Indo além, propiciando um ambiente facilitador para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes necessárias para construção da identidade profissional. Esse autor considera que, quanto mais o professor buscar conhecer-se no processo pedagógico, maiores serão as possibilidades de lidar com as diferentes situações que surgem na relação professor-aluno, possibilitando o crescimento de seus alunos, assim como o seu próprio.

Por último, ele aborda a relação professor- aluno no construtivismo. Nessa, o docente assume que a aprendizagem é um processo de reestruturação de conceitos prévios que os alunos já possuem e a partir daí novos conhecimentos vão sendo ancorados. A função do professor é despertar nos estudantes a curiosidade sobre o que vão aprender, incentivar o diálogo, bem como a autonomia e a responsabilidade dos mesmos, propondo-lhes atividades que impliquem contradições e estimulem a discussão. Resume essa perspectiva dizendo que, “para que o ambiente seja verdadeiramente construtivista, é necessário conceber que todo e qualquer desenvolvimento cognitivo só será efetivo, se for baseado em uma interação muito forte entre professor e estudante” (GILL, 2006, p.63).

Falando especificamente da formação médica, Urtiaga (2004) também valoriza essa temática das relações, quando diz que “entender como a subjetividade está presente na prática pedagógica amplia os aspectos reducionistas que tratam a educação apenas como transmissão” (p.83). Essa autora desenvolve toda uma proposta de entendimento de como acontece nas relações interpessoais a mediação exercida pelo contexto social e pela cultura, tendo como foco o professor-médico. Nessa busca, a autora contribui de forma muito criativa para o entendimento da construção de significados, símbolos e comportamentos no processo de ensinar e aprender na prática pedagógica da educação médica, elegendo o professor como o principal articulador das relações que se estabelecem no decorrer da formação profissional. Fundamenta suas idéias nas teorias sócio-culturais, usando-as para ampliar a compreensão do que acontece na relação professor-aluno e a função educativa do docente na formação da identidade profissional. Para isso, ela usa os conceitos da teoria vygotskiana de mediação, de internalização e de zona de desenvolvimento potencial.

Quando aborda a docência como uma atividade de mediação, a autora considera-a como um processo inerente ao conhecimento e talvez possa ser dito que a própria vida, também. Isso fica explicitado, quando diz:

Desde as nossas mais precoces vivências, o mundo nos é apresentado através de agentes mediadores. Inicialmente são os pais e, posteriormente ao nos socializarmos, os professores, os colegas e as pessoas que compõem a nossa convivência social e a nossa cultura. Essas mediações estruturam, através de interações com o outro, a construção de significados, as formas de agir, de pensar e de tomar decisões. Nossa função mental aparece como fruto de nossas infinitas interações, mediadas por agentes que se estabelecem como instâncias mediadoras entre nós e a realidade. (URTIAGA, 2004, p. 28)

Essa idéia da mediação como um processo inerente ao ser humano e, principalmente, como fazendo parte da função docente, leva ao reconhecimento do professor médico como alguém que, através de suas atitudes, estabelece interações que serão determinantes para a estruturação dos significados internalizados por seus alunos e, conseqüentemente, marcarão o jeito de cada um estar na relação médico-paciente. Portanto, posso depreender que a relação subjetiva e afetiva que se estabelece na ação pedagógica pode favorecer ou não uma formação mais humanizada, como tanto espero das novas propostas curriculares escolas médicas.

Outro conceito da teoria de Vygotski utilizado por Urtiaga (2004) para entender como os alunos incorporam os valores, os significados e os símbolos da cultura médica a partir da relação com o docente e com os colegas, é o de zona de desenvolvimento proximal. Podendo ser entendido como a distância entre o desenvolvimento já atingido pelo indivíduo e, conseqüentemente, as atividades que ele já consegue realizar sem o auxílio dos outros, e aquele momento que o indivíduo já está pronto para aprender, mas não consegue sem o auxílio dos outros (URTIAGA, 2004; ISAIA 1999; SACRISTAN & PEREZ GOMES, 1998). Dessa forma, a relação pedagógica ocorre inicialmente no âmbito interpessoal e intersíquico, movendo-se para o intrapessoal e intrapsíquico. Assim, pode-se pensar que a vivência na relação professor-aluno de uma experiência emocional empática pode criar, a partir de um substrato subjetivo já existente, a perspectiva de mobilizar ou desenvolver recursos internos que facilitem uma atitude mais empática nos alunos.

Essa influência que o professor pode exercer na formação profissional do aluno é explicada por Urtiaga (2004), através de outro mecanismo vindo da teoria vygotisquiana que é o de internalização, entendida como construção de símbolos

que levam o indivíduo a criar seus próprios significados e desenvolver funções psicológicas mais complexas como pensar, associar, discriminar, entre outras, podendo com isso envolver-se em atividades voluntárias, intencionais e controladas pelo próprio indivíduo (URTIAGA, 2004; ISAIA, 1999; SACRISTAM & PEREZ GOMES, 1998).

A compreensão teórica, fornecida por Urtiaga (2004), de como ocorrem as interações na relação pedagógica, da indissociabilidade entre o conhecimento e afetividade e do reconhecimento que o professor pode ampliar a sua capacidade de influência na formação dos seus alunos através de um vínculo afetivo privilegiado, intensifica o interesse em entender como o professor médico, com uma formação essencialmente imersa num modelo tradicional, vai conduzir a docência nessa abordagem mais humanística e relacional que lhe está sendo exigida.

Tamozauskas (2003), investigando como os professores médicos concebem os saberes da docência, evidenciou na fala do grupo participante alguns fatores que a influenciam. Dentre eles, todos identificaram que os momentos privilegiados na relação com antigos professores e experiências ocorridas durante a graduação em medicina são fatores importantes no direcionamento de suas práticas docentes. Isso também é confirmado por Urtiaga (2004), quando diz que os saberes da prática docente vêm de experiências passadas e têm como referência antigos professores e que há uma tendência dos docentes para reproduzir as práticas vivenciadas em sua história como aluno. Tais constatações corroboram a necessidade de valorização dos aspectos relacionais da vivência pedagógica, pois eles exercem forte influência no aluno e servem como um referencial tanto para o exercício da medicina, como para os que se envolverem na docência. Além disso, a triangulação que caracteriza o ensinar e aprender ser médico exige do docente uma dupla responsabilidade, com o paciente e com o aluno.

Para o tipo de formação que se pretende nas escolas médicas atualmente, não chega apenas o saber médico, no qual os aspectos técnicos e científicos do conhecimento são priorizados, limitando-se ao saber fazer, com pouco investimento no saber ser. Isso fica evidente, em um estudo de Scott e colaboradores, em 1998, no qual investigou os atributos do modelo de papel de assistente médico. O estudo mostrou que os médicos apontados como modelos de excelência diferiam de seus colegas em cinco aspectos: treinamento em ensino, estilo e método de ensino, atitudes favoráveis de ensino, relação afetiva com membros da equipe hospitalar e

tempo dedicado à função. Alguns desses atributos representam habilidades que podem ser adquiridas, ou comportamentos que podem ser modificados e que estariam ao alcance dos membros de uma faculdade. Os dados sugerem que há uma relação inversa entre as atividades de pesquisa e as de ensino. O estudo mostra também que o médico generalista foi mais facilmente identificado como modelo de excelência de que seus colegas de outras especialidades. Isso foi atribuído a habilidades e interesses mais humanísticos em relação aos seus colegas. Da mesma forma, também é amplamente aceito que o ambiente de aprendizagem exerce um papel crucial na formação de atitude e influencia no comportamento dos futuros médicos. Estudos têm sugerido que há um declínio da empatia durante a formação médica (HOJAT et al, 2004, EVANS et al, 1993). Alguns autores apontam como possível causa dessa perda de empatia as dificuldades dos alunos de superarem as ansiedades relacionadas ao contato com a doença e o sofrimento, o foco das propostas curriculares ser centrado nos aspectos técnico-científicos, o dilema de aceitar que não se sabe tudo, a consciência da vulnerabilidade e a falta de modelos profissionais com atitudes e comportamentos empáticos de excelência (HOJAT et al, 2004; BOLOGNINI,1997).

Para Batista & Souza da Silva (2001), sem que haja uma profunda reflexão sobre teoria e prática, a formação médica vai continuar, limitando-se a um simples saber fazer, com poucas possibilidades de mudança tanto do modelo assistencial como do pedagógico, pois são reflexos um do outro. Schön (2000), falando da crise de confiança por que passa o conhecimento profissional, ilustra com muita propriedade essa situação, quando fala:

Na topografia irregular de prática profissional, há um terreno alto e firme, de onde se pode ver um pântano. No plano elevado, problemas possíveis de serem administrados prestam-se a soluções através da aplicação de teorias e técnicas baseadas em pesquisas. Na parte baixa, pantanosa, problemas caóticos e confusos desafiam as soluções técnicas. A ironia dessa situação é o fato de que problemas do plano elevado tendem a ser relativamente pouco importantes para os indivíduos ou o conjunto da sociedade, ainda que seu interesse técnico possa ser muito grande, enquanto no pântano estão os problemas do interesse humano (SHÖN, 2000, p.15).

Essa constatação leva a uma necessidade de revisão da atividade do docente médico e dos saberes que lhe são exigidos aos assumir tal encargo, pois é sabido que o exercício da profissão transcende o conhecimento teórico e o arsenal técnico disponibilizado durante a formação. Isso porque se espera que os profissionais

competentes não apenas resolvam problemas técnicos, através da seleção de meios apropriados, mas que tenham condições de conciliar, integrar, ponderar entre situações conflitantes, e até mesmo improvisar para que possam de forma criativa, humanizada e ética tentar atender à complexidade inerente ao exercício da medicina, atualmente. O professor médico deveria ser capaz de atuar, de forma que o ensinar e o aprender acontecessem em zonas indeterminadas da prática, trabalhando além da fronteira do conhecido, na qual a incerteza, a singularidade e os conflitos habitam e os conhecimentos da racionalidade técnica não são suficientes (SCHÖN, 2000). Essas idéias também são consideradas por Urriaga (2004), no seu estudo com docentes médicos, quando diz que a influência dos pressupostos científicos e da racionalidade técnica comprometeu os locais de onde deveriam partir as reflexões sobre a prática docente, para poder redimensionar a subjetividade inerente ao ser humano, seja em uma atividade de formação, seja na assistência.

Schön (2000) propõe uma abordagem para a formação profissional, teórica e prática, assentada no que ele chamou de “ensino reflexivo”, num processo de “reflexão-na-ação”. Nesse, a essência é a “liberdade para aprender através do fazer, tendo competência para atuar em zonas indeterminadas da prática” (SCHÖN, 2000, p.25). Isso pode ser entendido como um ensino cujo aprender através da prática seja privilegiado, que o não saber seja um motivador para refletir sobre a ação, não apenas produzindo respostas para uma determinada situação, mas desenvolvendo recursos internos, através da interação professor-aluno, para a adversidade inerente a qualquer prática profissional.

Referindo-se especificamente à prática reflexiva na atividade docente, Perrenoud (2002) menciona como ocorre a reflexão na ação, quando se questiona sobre os fundamentos racionais da ação, as informações disponíveis, as formas de enfrentamento, os saberes e os métodos nos quais o sujeito se baseou para agir de determinada forma. Mesmo que as demandas sejam diferentes, as ações e operações mobilizadas a partir de variações de um arsenal de recursos internos podem ser bastante estáveis. Assim como podem emergir operações mentais, sem a orientação da parte mais consciente do aparelho psíquico. De acordo com o autor, quanto maior for a demanda, a urgência do tempo e o estresse da situação, mais provável será que o professor funcione como se estivesse no ‘piloto automático’. Quando se pensa no professor-médico, a grande maioria desempenhando

simultaneamente a função de docente e de médico, há de se considerar que se exacerbam as possibilidades para que o repetir, sem conscientemente considerar a complexidade da situação, sobressai-se a uma prática reflexiva. Sabe-se, pois, que existe uma demanda do conhecer, do saber fazer e do saber ser perante o aluno, perante o paciente, os familiares, a instituição e a equipe de saúde, muitas vezes, em situações de urgência e emergência. Entretanto, para o profissional com uma formação reflexiva, de acordo com Perrenoud (2002), em qualquer ação complexa vai ocorrer a reflexão, pois refletir durante a ação consiste em se perguntar, diante do que está acontecendo, o que pode ser feito, considerando os recursos disponíveis, sejam os de natureza humana, sejam os materiais.

Por outro lado, o refletir sobre a ação remete ao processo no qual a própria ação é tomada como objeto de reflexão, servindo para comparação com modelos já conhecidos, para ser pensado o que poderia ou deveria ser diferente ou, ainda, para explicar ou criticar uma determinada ação. Dessa forma, permite ao profissional ficar mais ágil na ação e poder considerar um número maior de hipóteses, desenvolvendo recursos para serem usados nas situações que lhe exigem uma conduta mais emergencial. Pensando nas situações de ensino médico como, por exemplo, as discussões de caso ou as supervisões coletivas, é objetivo a reflexão sobre a ação, mesmo que não mude o desfecho daquele caso, mas possibilite ampliar o entendimento. Isso é possível por um processo de evocação da situação, discussão com os colegas, análise de diferentes possibilidades de entendimento, revisando o referencial teórico disponível, as condutas tomadas por outros colegas em situações semelhantes, bem como os possíveis desfechos. Entende-se, pois, como um processo essencial para o desenvolvimento do raciocínio clínico e que servirá para ampliar as possibilidades de entendimento, para que, no calor da ação sejam facilmente acionadas.

Em determinados momentos que vários estressores estão presentes, inevitavelmente o profissional passa a funcionar quase que automaticamente, sem tempo e sem condições para reflexões e questionamentos. Nessas situações, o que prevalece é o que já está na estrutura do indivíduo. Nesse sentido, Perrenoud (2002) explica que o sujeito funciona de acordo com uma estrutura ou esquema estável de ação que pode ser concreta ou não, mas que não impede alguma variação a partir da trama já internalizada. Propondo, baseado nas idéias de Bourdieu (1972), o que chamou de *habitus*, isto é, um conjunto de esquemas que um indivíduo possui em

determinado momento da vida, podendo a partir dele gerar uma infinita variedade de práticas adaptadas às diferentes situações.

Para pensar a formação de um profissional reflexivo, Perrenoud (2002) considera fundamental entender os desafios da formação no triângulo “saberes-competências-hábitos”. Explicitando suas idéias, na citação abaixo:

Com certeza existem saberes em questão – acadêmicos, científicos e técnicos, mas também há saberes próprios de cada profissão, os quais não derivam da ciência nem da técnica, mas que não deixam de ser indispensáveis. Ele também tem que recorrer a saberes provenientes de sua experiência pessoal, os quais são ainda menos organizados, formalizados e verbalizados que os saberes profissionais (p. 75).

Assim, investir na compreensão de como a subjetividade dos professores médicos influencia a internalização de modelos de relação mais empática nos futuros médicos, talvez seja um meio de levar a uma reflexão consciente e permanente dos aspectos formativos de sua conduta, para a formação de um profissional médico com condições de lidar com a subjetividade inerente ao exercício profissional. Além disso, também é consenso que conhecer e capacitar o professor médico é o caminho para uma prática reflexiva e inovadora no ensino médico, não sendo mais justificável um ensino baseado unicamente na repetição de fórmulas comprovadamente ultrapassadas (VETURINI & FIORINI, 2002).

7. Análise e Discussão dos Achados

7.1. Fase quantitativa

Para a análise dos achados da fase quantitativa, foi elaborada uma planilha eletrônica para que os dados fossem computados. Para cada possibilidade de resposta da escala de empatia, foi atribuído o valor numérico correspondente a ela de acordo com a natureza, afirmativa ou negativa, da questão, conforme explicitado anteriormente. Após foi feito uma soma algébrica dos valores numéricos atribuídos a resposta de cada uma das dezesseis questões afirmativas, resultando no escore total positivo. Da mesma forma, procedeu-se com as dezessete questões negativas, resultando no escore total negativo. Obtido esses dois escores, foi feita a soma algébrica de ambos, chegando-se a um escore bruto para cada docente. Isso é mostrado no quadro abaixo onde estão listados os escores brutos em ordem decrescente. Em destaque constam os cinco escores mais elevados.

Escore Total Positivo	Escore Total Negativo	Escore Bruto
54	44	98
43	50	93
51	41	92
43	47	90
37	52	89
43	38	81
42	39	81
56	20	76
31	42	73
31	42	73
32	39	71
38	30	68
37	28	65
34	29	63
35	26	61
35	26	61
19	71	60
29	30	59
21	34	55
27	28	55
30	24	54
32	22	54
26	27	53
20	33	53

27	26	53
39	13	52
37	5	52
32	18	50
23	27	50
34	15	49
30	17	47
22	23	45
20	24	44
16	25	41
24	17	41
32	9	41
21	19	40
40	0	40
27	12	39
26	12	38
14	23	37
24	13	37
25	12	37
16	21	37
11	25	36
22	13	35
22	12	34
10	23	33
12	20	32
14	18	32
10	19	29
34	-5	29
18	9	27
35	-8	27
20	5	25
2	22	24
17	5	22
14	6	20
8	8	16
7	4	11
19	-11	8
15	-8	7
2	5	7
25	-18	7
11	-5	6
12	-7	5
16	-12	4
-7	6	-1
26	-27	-1
5	-7	-2
-1	-21	-22

Quadro 7.1 – Dados da análise da fase quantitativa.

Da mesma forma que Cataldo (1998), optei por uma análise não paramétrica dos dados o que impede que se faça uma extrapolação confiável dos dados quando comparados com a população geral. Os dados, portanto, só têm significado quando se referem aos indivíduos que compõem o grupo em estudo, isto é, apenas entre os docentes médicos que participaram da pesquisa, o que é suficiente para os propósitos desse estudo.

Do total de noventa e seis docentes médicos efetivos do Curso de Medicina, setenta e um compuseram o grupo envolvido nesse estudo, o que corresponde a um percentual de participação de 76,3%, revelando uma alta representatividade. Isso pode ser justificado pelo fato do contexto, no qual foi desenvolvido o trabalho, coincidir com o da minha formação médica e a coleta dos dados ter sido feita por mim e por uma monitora de pesquisa também pertencente a esse mesmo contexto. Dessa forma, acredito que por conhecer grande parte dos docentes médicos isso tenha contribuído para um percentual alto de participação dos mesmos. Não foram encontrados estudos na literatura que utilizasse a escala de tendência empática em amostras de professores médicos para que fosse possível uma melhor interpretação deste achado.

Optou-se por não apresentar os escores brutos dos docentes classificados por departamento ao qual estão vinculados, pois em função das modificações do currículo atual, algumas disciplinas estão ligadas à coordenação do curso e alguns docentes estão institucionalmente registrados em um determinado departamento, mas exercendo suas atividades em disciplinas pertencentes a outro. Da mesma forma não se separou os docentes por gênero, apesar de constar da literatura que as mulheres tendem, de uma forma geral e dentro de uma mesma população, apresentar maior grau de tendência empática quando comparadas com os homens (HOJAT, 2002; MAGEE & HOJAT, 1998; HATCHER et al. , 1994; DAVIS, 1983). Soma-se a isso, o objetivo dessa fase quantitativa servir para selecionar o grupo de docentes médicos com maior grau de tendência empática que participaram da segunda fase da pesquisa.

O conjunto de escores formado pelo escore bruto de cada um dos docentes é mostrado no gráfico a seguir:

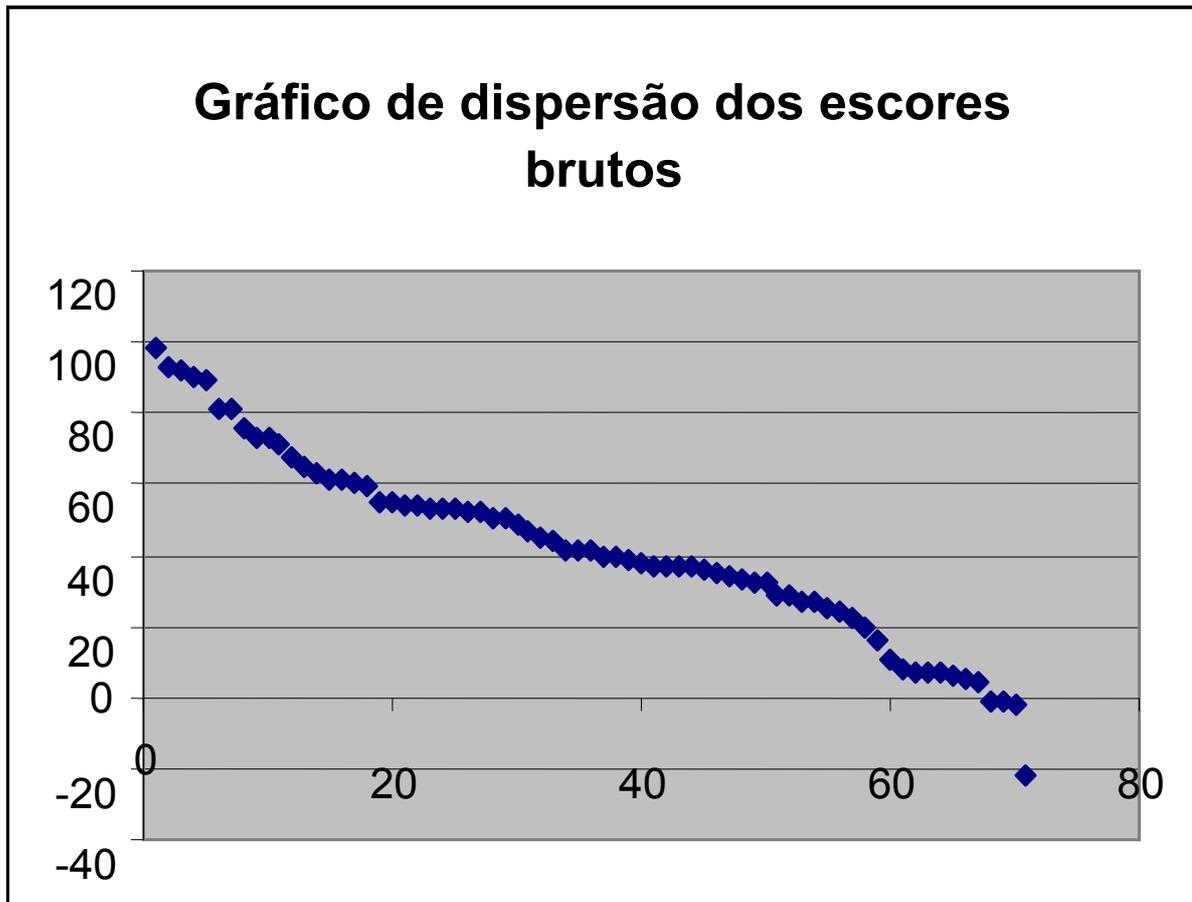


GRÁFICO 1 - Gráfico de dispersão dos escores brutos obtidos por cada um dos docentes na escala de tendência empática.

No eixo horizontal do gráfico estão representados os setenta e um professores que participaram da pesquisa; no eixo vertical, encontra-se os escores brutos de cada um deles. O ponto de interseção entre esses dois eixos fornece a localização do grau de tendência empática de cada um dentro do grupo. Outro aspecto que pode ser observado é a variabilidade desses escores, isto é, o professor com maior grau de tendência empática apresentou um escore bruto de noventa e oito pontos e o professor com o menor grau de tendência empática, de menos vinte e dois pontos. Tal achado, não significa que o docente com um valor numérico negativo na pontuação da escala seja desprovido de qualquer grau de tendência empática, mas que, dentro da amostra estudada, ele é o que apresenta o menor grau.

Esses resultados confirmam o pressuposto inicial de que os professores médicos apresentem graus diferentes de empatia. Isso pode ser justificada pelo fato

da amostra ser formada por professores médicos de diferentes especialidades, o que corrobora o demonstrado nos estudos de Hojat e colaboradores (2002) sobre empatia médica, nos quais foram utilizados um instrumento específico, ainda não validado para a língua portuguesa, a The Jefferson Scale of Physician Empathy, para verificar a variação dos escores de empatia em médicos de diferentes especialidades.

Mesmo que na análise dos dados não se tenha controlado as variáveis idade, gênero e especialidade médica dos indivíduos, o gráfico da frequência dos escores brutos apresentou uma distribuição normal dos dados, como pode ser visto a seguir:

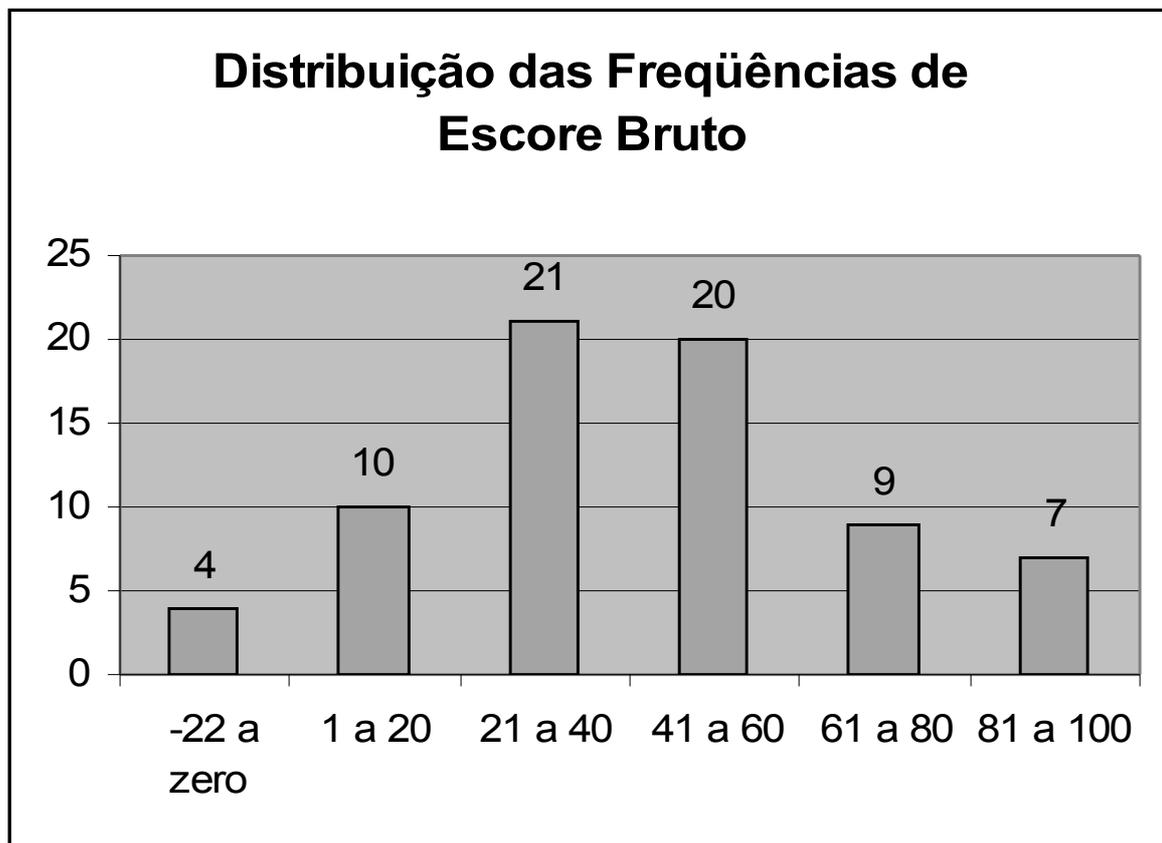


GRÁFICO 2 - Gráfico de Distribuição das Frequências dos Escores Brutos

Consta no eixo vertical do gráfico o número de indivíduos por intervalo de frequência de seus escores brutos que estão representado no eixo horizontal e distribuído nos seis grupos de escores apresentados.

O aspecto da curva imaginária formada pelos escores brutos de cada docente mostra uma tendência dos mesmos se agruparem no centro caracterizando a sua

distribuição normal, conforme já foi dito. Tal apresentação evidencia que a maior parte dos professores apresenta um grau de empatia intermediária, caracterizando certa homogeneidade do grupo estudado. Entretanto, precisa ser considerada a influência de não ter analisado os dados subdividindo a amostra, principalmente, por gênero e por especialidade médica, determinando essa apresentação. Justifica-se isso pelo fato de que o meu interesse era selecionar os professores médicos mais empáticos, independente de qualquer outra variável.

Pode-se afirmar que o grupo formado pelos cinco docentes com maior pontuação na escala de tendência empática apresentam as características reconhecidas na literatura da área como estabelecendo um relação positiva com o grau de empatia dos indivíduos. Dos cinco docentes selecionados três são mulheres o que corrobora os achados de vários estudos que investigam essa área (HOJAT, 2002; id. , 2000; id., 1995; HARSCH, 1989; DAVIS, 1983; FOREST-STREIT, 1982; MEHRABIAN & EPSTEIN, 1972). Quanto à especialidade médica de cada um dos indivíduos, os achados também são concordantes com o que está na literatura: de acordo com Hojat (2002) e Harsch (1989), os maiores escores de empatia são encontrados em pediatras, psiquiatras, médicos de família e nos especializados em medicina interna. Para não expor o grupo de sujeitos a uma possível identificação, não comentarei sobre suas especialidades, mas pode se dizer que quatro deles pertencem à uma das áreas nas quais o grau de empatia dos seus profissionais são considerados elevados.

Dessa forma, os objetivos da fase quantitativa de verificar se os professores médicos do Curso de Medicina apresentam graus diferentes de tendência empática e identificar os maiores escores de pontuação na escala de tendência empática, foi alcançado, permitindo, assim a realização das entrevistas narrativas com o grupo selecionado, na fase qualitativa da pesquisa.

7.2 Fase qualitativa

Na fase qualitativa, o material resultante da transcrição das entrevistas narrativas, foi submetido à análise de conteúdo. Essa é uma técnica desenvolvida dentro das ciências sociais empíricas, com a intenção de produzir inferências de um texto focal para seu contexto social (BAUER & GASKELL, 2003).

Nesse sentido, análise de conteúdo pressupõe o desenvolvimento de etapas ,

que são assim proposta por Moraes (1998): a desconstrução, a unitarização e a categorização, essa envolvendo descrição e interpretação.

A desconstrução e a unitarização do “corpus”, de acordo com Moraes (1998, p. 5) “consiste num processo de desmontagem ou desintegração dos textos, destacando seus elementos constituintes”. Esse processo é feito com o intuito de: se “conseguir perceber os sentidos dos textos, no limite dos seus pormenores, ainda que compreendendo que este limite nunca é atingido integralmente”(ibid., p.5). Dessa desmontagem, é que resultaram as unidades de análise, também chamada de unidades de significados ou de sentidos.

Turato (2003), detalha para sua metodologia clinico-qualitativa, uma abordagem inicial que chamou de leitura flutuante, em analogia ao conceito psicanalítico de atenção flutuante, e entendido por Laplanche & Pontalis (1991, p. 40 apud TURATO, 2003, p. 444) como um modo de escuta no qual não se privilegia inicialmente nenhum elemento do discurso, põe-se em uma atitude inconsciente o mais livre possível, na tentativa de suspender as motivações que dirigem habitualmente a atenção do sujeito.

Esse momento inicial de pré-análise do conteúdo é importante no sentido de se fazer uma aproximação mais íntima, indo além do conteúdo manifesto. Torna-se ainda mais relevante quando se trata de uma temática, como a proposta por esse estudo, envolvendo sentimentos e atitudes que se reportam diretamente a subjetividade dos sujeitos. Isso fica muito bem posto nas palavras de Alves (2000, p. 51 apud TURATO, 2003, p. 445), quando diz:

As palavras tomadas literalmente são falsas, pois a verdade habita o silêncio que está entre elas, sendo preciso investir no que não foi dito, deixar a atenção nas entrelinhas. Por isso é sábio fazer a atenção flutuar, apenas tangenciar as palavras sem cair em suas ciladas, resistir a seu poder enfeitiçante, que toda hora, tanto arrasta as pessoas vulgares: Cuidado com a sedução da clareza! Cuidado com o engano do óbvio. (ALVES, 2000, P. 51 apud TURATO, 2003, p. 445)

Assim, após várias leituras, fui percebendo que quanto mais lia o *corpus*, mais possibilidades de unidades iam surgindo, levando-me a ficar com a impressão que se continuasse nesse processo a cada nova leitura seria possível encontrar uma unidade de sentido diferente, ainda não evidenciada. Entendi isso como algo inerente ao método qualitativo, no qual pesquisador se impregna tanto do seu objeto de investigação, que alterações do seu estado emocional, em diferentes

momentos da leitura, podem modificar a percepção do que está sendo lido e até mesmo a valorização dessas percepções. Dessa forma, o material foi fragmentado em trinta e duas unidades, que foram se estruturando em concordância com os propósitos desse estudo e para as quais foi atribuído um enunciado, apresentadas juntamente com as categorias que delas se originaram..

Tão logo concluí a unitarização, ficou evidente para mim que a identificação dos sentimentos e a atribuição de adjetivos a eles, não se sustentava dentro da minha proposta de entendimento do docente médico. Está, pois, implícito desde o meu contato inicial com os docentes para a primeira fase da pesquisa, que os sentimentos permeiam todo o processo, o que justificaria um outro trabalho só de análise e interpretação dos mesmos. Dessa forma, optei por excluí-los como unidade específica, mas os considerei como implícitos em todos os fragmentos das narrativas. Reservando alguma interpretação a eles, em determinados momentos.

A próxima etapa da análise de conteúdos foi a atividade de comparação entre as unidades, o reagrupamento das mesmas por convergência de significados e o estabelecimento de relações entre elas. Do processo de reordenação dessas unidades, surgiram as categorias.

Optei pela construção das categorias em níveis diferentes, ou seja, em intermediárias e finais, como propõe Moraes (1998). Foi necessário explicitá-las assim, porque a cada movimento de busca de elementos significativos, havia uma construção gradativa de significados para a categoria e uma procura de homogeneidade no interior de cada uma delas. A intenção era que tais elementos significantes coubessem dentro do mesmo princípio conceitual gerador daquela categoria. Da mesma forma que uma mesma unidade foi incluída em mais de uma categoria, pois apresentava significados diferentes em cada uma delas, ocorrência que é aceita na análise de conteúdo (BAUER & GASKELL, 2003).

Turato (2003) propõe que o processo de categorização ocorra dentro de dois critérios principais: repetição e relevância. Sendo que a repetição consiste em distinguir do conteúdo as falas coincidentes que cada um dos sujeitos tem em comum com os outros sujeitos. Já a relevância considera algo falado sem que isso se apresente no restante do conjunto do material coletado, mas que no entendimento do pesquisador tem relevância para a investigação.

A descrição, de acordo com Moraes (1998, p. 8), é o momento em que “se apresenta as categorias e subcategorias, fundamentando e validando estas

descrições a partir de interlocuções empíricas ou ancoragem dos argumentos em informações retiradas dos textos”. Já a interpretação caracteriza-se pelo momento de expressar, de forma mais aprofundada e amparada pelo referencial teórico prévio, uma compreensão do contexto investigado.

Dessa forma, com a intenção de explicitar todo o processo, permitindo uma visualização dos significados e dos argumentos que justificam a interpretação dos achados, escolhi mostrar de quais unidades emergiram as categorias, No quadro abaixo estão representadas as unidades de análise, as categorias intermediárias e finais que surgiram.

Unidades	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
<p>1- Pessoas do núcleo familiar básico importantes na construção da identidade profissional. (marcas da família).</p> <p>2- Professores médicos que foram modelos na graduação. (marcaram para ser professor).</p> <p>3- Professores marcantes no mestrado.</p> <p>4- Professores médicos que marcaram o processo formativo no doutorado.</p> <p>5- Professores e/ou preceptores marcantes na residência médica.</p> <p>6- Médicos importantes na graduação (modelo de médico na graduação).</p> <p>7- Médicos importantes na residência (modelo de médico na residência).</p> <p>8- Médicos importantes antes de entrar no curso</p>	<p>1- Marcas da família. (marcas constitutivas)</p> <p>2- Marcas de antigos professores médicos, não médicos, de preceptores e de outros médicos.</p>	<p>1 – Pessoas que marcaram no processo formativo do docente</p>

(marcaram antes de entrar para o curso)		
<p>9- Percepções de características apreciadas no modelo de médico na graduação</p> <p>10- Percepções de características apreciadas no modelo de médico.</p> <p>11- Percepções pessoais sobre si mesmo.</p> <p>12- Percepções pessoais sobre si mesmo na relação professor-aluno.</p> <p>13- Percepções da profissão como médico e/ou professor.</p> <p>14- Percepções do sistema único de saúde (SUS).</p> <p>15- Percepções do fato de ter uma formação mais técnica e exercer a docência em um modelo de integralidade.</p> <p>16- Percepções do momento atual do curso de medicina.</p> <p>17- Como pensa que os outros o percebendo.</p> <p>18- Percepções da perda de empatia ao longo do curso .</p> <p>19- Sentimentos positivos expressos na lembrança de vivências, no relato de eventos e nas suas percepções.</p>	<p>1- Auto-percepções</p> <p>2- Hetero- Percepções</p>	<p>2- Percepções do docente.</p>
22- Vivências favoráveis na	1- Vivências inerentes à	3- Vivências que

<p>graduação.</p> <p>23- Vivências favoráveis na residência da relação médico-paciente-familiar.</p> <p>24- Vivências desfavoráveis</p> <p>25- Eventos de vida alheios a formação que marcaram a sua atitude profissional</p> <p>26-Ausência de lembranças de vivências durante.</p>	<p>formação acadêmica.</p> <p>2- Vivências alheias à formação acadêmica.</p>	<p>marcaram o processo formativo.</p>
<p>27- Concepções sobre como deveria ser a relação professor-aluno-paciente.</p> <p>28 Concepções sobre a relação médico-paciente.</p> <p>29- Concepções de como se ensina relação médico-paciente.</p> <p>30- Concepções sobre a relação professor-aluno.</p> <p>31- Evidência de conduta empática docente na relação com alunos e pacientes, ou outras relações</p>	<p>1- Concepções sobre relação professor-aluno.</p> <p>2- Concepções sobre relação médico-paciente.</p> <p>3- Concepções sobre relação médico-paciente-aluno.</p>	<p>4- Concepções docentes.</p>
<p>32- Concepções sobre a relação médico-paciente.</p> <p>23- Vivências favoráveis na residência de relação médico-paciente-familiar.</p> <p>24 - Vivências desfavoráveis.</p> <p>25- Eventos de vida alheio a formação que marcaram a sua atitude profissional.</p>	<p>1- Evidências no pensar sobre a relação médico-paciente.</p> <p>2- Evidências no relato de sua prática.</p>	<p>5- Evidências da conduta empatia no exercício profissional.</p>

Quadro 7.2 – Unidades, categorias intermediárias e categorias finais

O direcionamento da discussão foi orientado por perguntas criadas a partir de cada categoria final, com a intenção de servir como um fio condutor para as reflexões que foram surgindo no decorrer da exploração do material de análise. Após a exposição, passei a interpretação e discussão dos achados á luz do referencial teórico que fundamentou essa pesquisa.

CATEGORIA FINAL	QUESTÕES ORIENTADORAS
1 - Pessoas que marcaram o processo formativo do docente.	1.1 - Os vínculos familiares influenciam o processo formativo do docente médico mais empático? 1.2 - As vivências afetivas com antigos professores, professores-médicos, preceptores e outros médicos, contribuem para o processo formativo do professor médico ?

Quadro 7.3 – Pessoas que marcaram o processo formativo e questões orientadoras da discussão.

CATEGORIA FINAL	QUESTÕES ORIENTADORAS
2 - Percepções docentes.	2.1 - Que características são percebidas pelos docentes médicos mais empáticos, nas pessoas que foram modelos para o seu processo formativo? 2.2 - Como percebe o fato de ser formado em um modelo mais técnico e exercer a docência imerso em um modelo de integralidade?

Quadro 7.4 – Percepções docentes e questões orientadoras da discussão.

CATEGORIA FINAL	QUESTÕES ORIENTADORAS
3 - Vivências que marcaram o processo formativo.	3.1 - Que vivências são lembradas pelo docente como marcantes para o seu processo formativo?

	3.2 - Vivências alheias a formação acadêmica influenciam na formação profissional?
--	--

Quadro 7.5 – Vivências que marcaram o Processo formativo e questões orientadoras da discussão.

CATEGORIA FINAL	QUESTÕES ORIENTADORAS
4 - Concepções docentes.	4.1 - Como o docente concebe a relação professor-aluno-paciente? 4.2 - Quais as concepções docentes sobre como se ensina relação médico paciente? 4.3 - Quais atributos pessoais o docente considera necessário para ser médico?

Quadro 7.6 – Concepções docentes e questões orientadoras da discussão.

CATEGORIA FINAL	QUESTÕES ORIENTADORAS
5 - Evidências da conduta empática docente ao longo do seu processo formativo	5.1 - Docentes mais empáticos tem evidências desse aspecto ao longo do seu processo formativo?

Quadro 7.7 – Evidências da conduta empática docente ao longo do seu processo formativo e questões orientadoras da discussão.

7.2.1 Pessoas que marcaram o processo formativo do professor médico

7.2.1.1 Os vínculos familiares influenciam o processo formativo dos professores médicos mais empáticos?

Nos pressupostos iniciais dessa investigação, não foi especificamente considerado que marcas da família influenciam a conduta empática do professor médico. Durante as entrevistas narrativas, quando os docentes prontamente citaram familiares como pessoas importantes para o seu processo formativo, questionei-me porque desconsiderei a necessidade de incluir como um tópico individualizado. Penso, nesse momento, que talvez não tenha sido contemplado como um pressuposto individual por estar fortemente implícito na compreensão que tenho do

funcionamento emocional dos indivíduos, a importância dos vínculos iniciais para a o desenvolvimento da personalidade do sujeito e, conseqüentemente, para forma como se relaciona com o outro, seja na relação professor-aluno, seja na relação médico-paciente.

O próprio termo 'vínculo', etimologicamente falando, significa uma ligação com características duradouras entre as duas partes que estão unidas, embora permaneçam claramente delimitadas entre si (ZIMERMAN, 1999). Atualmente é consenso, entre os diferentes autores de base psicanalítica, o fato do vínculo familiar inicial exercer uma profunda e decisiva influencia na estruturação do psiquismo da criança. Considerando também suas conseqüências para estruturação da personalidade do adulto, determinando em boa parte a forma como percebe o mundo externo e se coloca nas relações interpessoais.

Alguns fragmentos das narrativas dos sujeitos desse estudo, explicitam a percepção deles das influências da família nas suas vidas:

Na realidade uma pessoa que influenciou muito a minha vida foi minha mãe, mesmo sendo muito simples, tendo só até a quarta série, foi uma pessoa que nunca queria que nós falássemos mal dos outros [...] ela foi uma pessoa muito importante na minha vida. (DOCENTE 1)

Isso do jeito de tratar as pessoas vêm de casa, a minha mãe, era assim. Muito exigente, mas sempre presente, naquele tempo era assim. (DOCENTE 2)

Exemplo de tolerância, de respeito, de ser simpática às pessoas, ela (a mãe) era assim... mas o meu pai também era uma pessoa super estruturada, os dois eram, mas a minha mãe era uma pessoa de cabeça aberta, bem diferente das outras mães daquela época. (DOCENTE 5)

[...] ela (a mãe) era uma pessoa que eu acho de QI nesse ponto de relações humanas, elevado mesmo. (DOCENTE 4)

Então ela (a mãe) foi uma pessoa que influenciou o meu jeito de viver, no sentido assim de paz e sossego, para entender as pessoas, respeitar as diferenças, não de eu digo, mas do exemplo do jeito da vida dela. (DOCENTE 3)

Todos os sujeitos entrevistados espontaneamente expressaram o quanto a relação, principalmente com a mãe foi importante para a sua vida, para o seu jeito de ser. Isso se ampara no pensamento de diferentes autores que fundamentaram esse estudo. Freud (1932, v XXII; Id. ,1913, v XIII: CD ROM) ao longo de sua obra, deixa implícita a importância das vivências emocionais com os pais, como

determinante do comportamento e atitudes das pessoas. Melanie Klein (2006), com a sua teoria das relações objetais, entende que as representações internalizadas dessas experiências iniciais com mãe, vão povoar o mundo interno da pessoa, através de mecanismos de introjeção, projeção e identificação. Segal (1975), considera que é desde esse período inicial, que aparece a forma mais primitiva de empatia, sendo nesse processo de identificação projetiva e introjetiva em que se baseia a capacidade de se colocar no lugar do outro.

No último fragmento citado fica evidente a percepção de uma mãe que foi tranqüilizadora, remetendo ao pensamento de Bion (1962 apud ZIMERMAN, 2004) de uma mãe capaz de transformar elementos beta em alfa, através de uma atitude continente diante das angústias inominadas do bebê, acalma-o e dá condições para que seu psiquismo se desenvolva adequadamente.

Assim como, os trabalhos de Winnicott (1975) e as concepções da influência de um ambiente facilitador e de uma mãe suficientemente boa, com condições de exercer uma maternagem que possibilita o desenvolvimento emocional da criança, também reforçam a influência dessas relações iniciais. É através da função especular da mãe proposta por esse autor, que nos estruturamos como seres humanos. Winnicott (1958 apud ZIMERMAN, 1999, p. 98), diz: “o primeiro espelho da criatura humana é o rosto da mãe, sobretudo o seu olhar. Ao olhar-se no espelho do rosto materno, o bebê vê-se a si mesmo”. Isso sinaliza a importância desse olhar para o desenvolvimento de uma estrutura psíquica que permita ver o outro e, conseqüentemente, possa se colocar no lugar do outro. Como diz Winnicott (1967 apud ZIMERMAN, 1999, p. 99), “quando olho sou visto, logo existo... posso agora me permitir olhar e ver”.

Aparece também nas narrativas dos docentes, a importância de outros membros da família, além do pai e da mãe, que através de relações afetivas muito próximas, em uma fase precoce do desenvolvimento, marcaram as suas escolhas e preferências profissionais. Isso fica ilustrado em detalhes, no fragmento abaixo:

Eu fazia companhia para os meus avós... Claro, que eram pessoas de certa idade que tinham problemas de saúde. Então sempre, isso me levava a pensar, ah! Mas eu preciso cuidar deles, e realmente isso se refletiu na minha vida, porque eu sempre gostei muito de tratar de pacientes idosos. Eu acho que ajudou essa convivência para que eu tivesse mais paciência de lidar com eles, porque eu sabia como era, ocorriam desde casa, desde a minha infância, e aí eu criei esse laço de muita afetividade com pessoas de mais idade. Até hoje eu me relaciono muito bem, e eu tenho provas cabais

disso, tenho muito afinidade com pessoas de mais idade, então, eu acho que é pelo fato muito antes de entrar na faculdade, de muito cedo ter essa convivência, foi bem marcante na minha vida. (DOCENTE 4)

A convivência próxima com os avós é percebida pelo docente como tendo influenciado a sua afinidade por pacientes idosos. Ampliando o entendimento de que não apenas as vivências emocionais com os pais são referidas como importante para o docente, mas também com outros familiares, que na narrativa acima aponta para uma predileção por pacientes com mais idade.

Outro docente faz uma associação indireta aos aspectos humanistas da profissão médica e os vincula às relações familiares:

Se existe um dom para medicina, o dom é gostar de gente, porque daí tu parte para tudo; começa estudar mais, vai se interessar mais pelo paciente e isto, eu digo para eles (alunos). Toda hora vou falando... E isso, se aprende em casa: com pai, mãe, padrinho, madrinha, avó e tal, isso tenho convicção. (DOCENTE 3)

Nessa fala, também fica explícita a percepção de que são as relações iniciais com figuras parentais importantes que configurarão toda a efetividade do médico, determinando inclusive as suas motivações e ações. Além dos autores de base psicanalítica, já citados, cabe pensar esses familiares como agentes mediadores das vivências mais precoces, como sugere URTIAGA (2004), que através dessas interações com os outros o sujeito vai construindo os significados, a forma de pensar, de agir e de tomar decisões. Portanto, fica evidente as marcas nos sujeitos entrevistados dos vínculos familiares precoces, no processo formativo do docente médico, corroborando a literatura que concebe o processo de formação como englobando o desenvolvimento pessoal e profissional.

7.2.1.2 Vivências afetivas com antigos professores, médicos, preceptores contribuíram para o processo formativo?

O percurso dos docentes médicos entrevistados confirma o entendimento de Isaia (2005) do processo formativo do professor de ensino superior, como sendo complexo e no qual fases da vida e da profissão se entrelaçam, sem que seja possível negar a existência de uma estreita relação entre elas. Conforme as histórias eram sendo comunicadas, foi se estruturando nas narrativas, naturalmente e sem nenhuma intervenção específica da pesquisadora, uma

seqüência de lembranças de pessoas que em cada fase da formação acadêmica marcaram profundamente os sujeitos entrevistados. Os fragmentos abaixo ilustram tal constatação, pois evidenciam a continuidade evolutiva da narrativa de um mesmo sujeito desse estudo:

[...] O doutor ***, que nós estávamos falando, ele é um dos modelos... É daqueles que homenageio, sem sombra de dúvidas. Um outro professor que lembro muito bem é doutor ***, dava ***, até hoje eu lembro das aulas dele, então eu achava que ele era modelo, são os que ficaram daquela época da **graduação**. Assim como eu lembro com saudades do jeito deles eram como professores. (DOCENTE 1)

Quando eu fui para **residência**, por incrível que pareça, o modelo que eu gostava mais era o doutor ***, na época, porque ele era trabalhador, ele não era o mais acadêmico, o mais científico, mas estava sempre disposto a fazer as coisas, ele era trabalhador, ele dava atenção para os familiares, ele brincava com as crianças, e, por incrível que pareça, ele era um modelo para mim, embora tenha todo um senão do contexto da época. [...] mas ele foi um modelo como médico de atuação na *** muito mais que os outros, como modelo de atuação médica mesmo. (DOCENTE1)

Como professor, depois, quando eu fui fazer meu **mestrado**, o *** foi uma pessoa que me marcou bastante no início, aqui na medicina, no sentido do que eu precisava saber para poder ser professor da medicina. Então ele me abriu muito os horizontes da parte teórica, que eu não tinha nada. Como eu o acompanhava nas aulas teóricas que ele dava para os alunos da *** , eu vi que tinha outro lado que eu não conhecia nada, então, eu acho que foi um modelo bom. (DOCENTE 1)

Quem realmente me marcou mais foi o doutor ***, quando eu fui para fazer o **doutorado**. [...] ele até me dizia 'eu não sou mais médico, eu sou professor do curso de medicina' e ele sim realmente foi uma pessoa que alavancou meus horizontes, no sentido do que eu queria ser e como devia atuar como professor aqui dentro. (DOCENTE 1)

Além da idéia de mostrar a forma como os docentes foram acessando as suas memórias, pautadas pelos diferentes momentos da sua vida acadêmica, outros aspectos do processo formativo podem ser apreendidos a partir dos fragmentos supra citados. Na primeira narrativa, o aspecto a ser considerado, é que existe um movimento nas entrelinhas dessa narrativa de reconhecimento e identificação com modelos mais voltados para a docência do que para o modelo de médico. Apesar de apenas uma das pessoas citadas, não ser médico, as características identificatórias dos modelos apontam para os aspectos mais voltados para docência. No segundo fragmento, o professor tem a percepção da existência de saberes específicos para a docência, reflete sobre isso e se da conta que não os possuía. Depois no doutorado da sua especialidade médica, o docente se identifica com um médico que se auto-

denomina de “professor do curso de medicina”. Essa seqüência de entendimentos, encontra ressonância nas idéias de Schön (2000), sobre o profissional reflexivo cuja essência é a “liberdade para aprender através do fazer” (p. 25) e o não saber serve como um motivador para refletir sobre a ação e levar ao desenvolvimento de recursos que o capacite para as adversidades de qualquer prática profissional. No terceiro, observa-se que o sujeito transitou por uma residência médica voltada, essencialmente, para o treinamento médico em serviço, por um curso de mestrado fora da medicina e por um doutorado dentro da sua especialidade médica, mas com aparente valorização do ser professor. Essa característica do processo formativo desse docente contempla dois dos aspectos apontados por Zabalza (2004), quando discute os conteúdos da formação do professor de ensino superior, configurando um dilema entre uma formação mais pedagógica ou mais específica e vinculada à própria área de conhecimento. É necessário ressaltar que o pensamento desse autor é direcionado para uma proposta de formação estruturada, não como um movimento individual de cada sujeito, como o que fica demonstrado no caso da narrativa desse docente.

A intensidade dos sentimentos mobilizados com a lembrança da convivência com antigos professores, médicos e preceptores, foi uma experiência gratificante tanto para os sujeitos entrevistados como para mim, que em alguns momentos reconhecia como minhas também as manifestações dos docentes. Em algumas narrativas não fica explicitado como essas pessoas contribuíram para o processo formativo do docente, mas são reconhecidas como sendo importantes.

Eu lembro muito que tínhamos aqueles professores que eu dizia ‘quando eu crescer eu quero ser igual fulano. Então tu te identificas, nós, nessa época, com raras exceções, somos muito imaturos, muito jovens, então tu precisa daquele exemplo. (DOCENTE 3)

Eu tive experiências muito boas com professores aqui dentro, e, assim, poucos professores eu não lembro, sabe, de não lembrar nunca. (DOCENTE 1)

O doutor *** sem dúvida foi importante e ainda é. Eu acompanhava o serviço desde o quarto semestre, estava praticamente começando o curso, tinha uma relação muito próxima, eu era aluno, mas no mínimo uma vez por mês tinha um jantar na casa dele, tinha reunião do serviço. Marcou muito, a conduta dele, o jeito sem dúvida foi muito importante. (DOCENTE 2)

Então eu sou altamente suspeita para falar, mas, deixando as emoções de lado, o doutor **, o doutor ***, o ***, esses eu sempre lembro. As pessoas que tiveram a oportunidade de tê-los como professores, sempre tocam no nome deles, o ***, então, todo mundo lembra, era lá no primeiro semestre do curso. (DOCENTE 4)

As citações acima apontam para uma experiência subjetiva na qual mesmo sem ficar muito claro que aspectos da vivência foram importantes, são percebidos como tais. Isso remete ao pensamento de Stern (2005), quando discute a questão da intersubjetividade, do campo que se forma no encontro entre as pessoas e que estaria mais no plano da compreensão ou do sentir. O registro apresentado na fala dos docentes direciona-se mais para o segundo, justificando alguns conceitos, mais recentes de memória implícita e de memória explícita. A primeira, também chamada de memória procedural ou também denominada procedimental, refere-se a um tipo de experiência associativa de conexões entre palavras, sentimentos, idéias, pessoas, em um plano não bem identificado conscientemente, pois de acordo com Gabbard (2006), envolve esquemas inconscientes de relações de objetos internos que vão sempre sendo repetidos numa séria de situações interpessoais. A segunda, envolve eventos, fatos, idéias, incidentes autobiográficos, facilmente resgatados da consciência. No material exposto acima, parece que se aproxima mais do que Stern (2007), considera como uma imersão empática na experiência subjetiva do indivíduo. O relato abaixo, fortemente marcado pela sensopercepção do docente, talvez sirva para ilustrar o que os autores apresentam sobre lembrança implícita:

O tabique que ele falava nas aulas de desenvolvimento do embrião, (*muito emocionado, com lágrima, segue contando*) tanto me marcaram que, eu por destino, coincidência, sei lá o quê, eu comecei na ***, e tinha um tablado de madeira... Então nós ouvíamos o barulho dos pés do professor, e aquilo era uma música para mim, eu lembro, é muito forte essa lembrança, dele pisando... Ele ficava no alto... Então, eu lembro muito bem daquele tablado... E anos mais tarde, eu usei aquele mesmo tablado para ficar lá em cima, e eu, mais de uma vez, chorei na aula porque eu lembrava e aí eu contava para eles (*os alunos*) a história do professor fulano, eu não tinha nenhuma foto dele... eu sentia esse barulho, hoje eu estou emocionada porque eu estou fazendo esse barulhinho nesse tablado, depois tiraram o tablado, foi uma pena... Mas então são coisas que marcam. (DOCENTE 4)

A riqueza da fala do docente aponta para uma complexa conexão de lembranças, memórias, ações e repetições, que talvez não sejam tão claras para o próprio docente, mas que permitem alguns entendimentos. A intensidade das vivências proporcionadas por uma situação de ensino marcou a ponto do docente acabar optando pela mesma área do conhecimento, apesar de não ser a mesma especialidade. Isso remete ao conceito de determinismo psíquico, pois o que pode parecer destino ou coincidência pode ser entendido como reflexo de processos

inconscientes determinando a motivação, a identificação e os comportamentos do indivíduo, pois na mente nada é ao acaso, cada evento é determinado por outros que o precederam configurando a continuidade da mente (GABBARD, 1999).

Outros estudos com professores médicos (TAMOZAUSKA, 2003; URTIAGA, 2004; BATISTA & SOUZA DA SILVA, 2001), apontam para o fato de que momentos privilegiados na relação com antigos professores e experiências ocorridas durante a graduação em medicina influenciam o exercício da docência. Todas as falas apresentadas acima referem-se aos professores médicos do período da graduação, o que corrobora os achados dos autores que desenvolvem essa temática.

Fica implícita em algumas das citações acima, a necessidade de ter um modelo para se espelhar e uma autopercepção de 'ser jovem', 'ser imaturo', de 'estar começando'. O pensamento dos teóricos das relações objetais pode ser retomado a partir dessas falas, pois é possível se fazer uma analogia entre as díades: aluno iniciante/professor de medicina e as relações iniciais mãe/bebê. Os exemplos lembrados pelos docentes configuram-se como objetos internalizados pelo aluno, povoando de representações do seu mundo interno, para depois, serem projetadas novamente para o seu mundo externo, nas relações que mantém com seus alunos e pacientes na atualidade.

Dois professores entrevistados, lembraram de médicos que mesmo não sendo docentes, influenciaram seus processos formativos. Isso pode ser observado, nas seguintes narrativas:

Sempre tem aquelas que mais se destacam nas nossas vidas, e tem uma pessoa especial [...] que na verdade não é, e nem nunca foi docente, mas me ensinou horrores, e ele sabe disso, tive oportunidade de falar para ele, porque isso é bom para o profissional saber. Ensinou-me ensinou muito, é o doutor ***, ele nunca foi nosso professor [...] Então assim são pessoas que nem ele que mesmo não estando vinculadas ao processo de docência, acrescentam muito. (DOCENTE 4)

Antes de entrar na faculdade, eu procurei uma senhora, médica ***, para saber sobre a profissão, para saber se eu iria ou não querer fazer medicina. Eu acho que influenciou bastante [...] E ela era um modelo muito interessante lá da minha cidade. Aquilo me ajudou a tomar uma decisão, enfim assim, acho que foi uma das pessoas que mais influíram. O interessante é que depois, eu me formei, e nós ficamos muito amigas, até hoje. (DOCENTE 5)

Ambas as narrativas, referem-se a médicos que não estavam vinculados a instituição de ensino, mas foram importantes para esses docentes. Isso encontra

ressonância, no entendimento de Lyons & Petrucelli (1997) e Batista & Souza da Silva (2001), que está implícito no exercício da medicina uma conduta de orientação e até mesmo de ensino dos mais jovens.

7.2.2 Percepções docentes

Diante da grande quantidade de unidades resultantes da fase de unitarização da análise de conteúdos, nessa categoria, optei por discutir os achados a partir das duas questões orientadoras citadas. Isso se justifica pelo fato da maioria das unidades listadas, serem representantes únicas do conteúdo a que se referem, no sentido de não se repetirem nas outras narrativas. Assim, foram consideradas como um achado esporádico, diluindo-se em algum detalhe apresentado em outras categorias.

7.2.2.1 Que características são percebidas pelos docentes médicos mais empáticos nas pessoas que foram consideradas modelos para o seu processo formativo?

Durante o processo de unitarização separei as características percebidas pelos professores nos seus modelos identificatórios como apreciadas e não apreciadas. Como não foi possível mantê-las desta forma - cheguei ao entendimento que bom e ruim, certo e errado, apreciado e não apreciado são perspectivas diferentes de um todo e que classificá-las dessa forma envolveria um julgamento de valor – assim optei por reuni-las como uma categoria única. Após mais leituras do *corpus* e algumas reflexões concluí que não se aplicaria ao modo pelo qual eu entendo os fenômenos humanos. Soma-se a isso a minha percepção de que características consideradas pelo docente como não adequadas podem ter contribuído para o seu processo formativo no sentido de permanecer vigilante e reflexivo para não repeti-las. Isso geraria um outro grupo de características que seriam as não apreciadas, mas importantes para o processo formativo e, assim, nesse processo de fragmentação cada vez maior poderia se perder partes importantes do todo. Fica justificado na narrativa abaixo, parte deste dilema:

Ele foi meu professor [...] ele era uma pessoa que eu conversava muito e era uma pessoa de uma sensibilidade muito grande. Entretanto, tinha umas características dele.... um jeito um pouco arrogante e tal, mas era uma pessoa super correta e uma pessoa que me influenciou em termos de

postura e até em questões de ética, eu me lembro que foi muito forte também. (DOCENTE 3)

Todos os sujeitos desse estudo tinham na memória no mínimo dois ou três professores médicos ou médicos que foram modelos identificatórios para eles e explicitam as características pessoais dos mesmos:

[...] depois durante a faculdade, tem um que me chama atenção que é o doutor ***, outra era a doutora *** que é uma pessoa muito doce, muito centrada, muito equilibrada, e eu acho que são as duas pessoas que mais me marcaram, hoje em dia até faz ***, e ela não sei onde anda, mas foram pessoas bem marcantes que, no curso. (DOCENTE 5)

Os meus professores [...] chegavam, da chácara com queijo, com produtos coloniais, vendiam no hospital...a lembrança que tenho é que eram pessoas talvez mais despojadas, na época, agora não sei quem são. (DOCENTE 5)

Olha eu tive bons professores, sabe de muito respeito o ***, por exemplo, eu lembro que o pessoal brincava que nós só entrávamos na sala de exames quando estava tudo montado e tal, escuro, o paciente coberto e essas coisas me chamaram atenção, pois isso mostra respeito com paciente. (DOCENTE 3)

Professores que eu admiro muito por causa das atitudes, da maneira com que eles lidaram com os doentes na minha frente, que eu presenciei. (DOCENTE 2)

A conduta, primeiro, era uma pessoa correta, sensata, suas condutas eram tranqüilas...acho que uma pessoa muito empática, tanto com os alunos, quanto com os pacientes. (DOCENTE 4)

Evidencia-se na fala dos docentes a percepção de características pessoais dos seus antigos professores e observações do seu jeito de ser com os pacientes que deixaram marcas, que 'chamavam a atenção'. Isso tem ressonância no pensamento de Zabalza (2004) quando comenta que boa parte da capacidade do professor para influenciar os alunos tem origem no que ele é como pessoa, na forma de se apresentar, nas modalidades de relação estabelecidas com estes alunos. Mais uma vez confirmando as idéias de Isaia (2003) que concebem o ser professor como uma atividade regida pelas relações interpessoais e vivências de cunho afetivo valorativo e ético, remetendo também ao pensamento de Abraham (2000) da existência de uma complexa trama multidimensional do eu-pessoal e o eu-profissional. Assim, aspectos pessoais e profissionais são percebidos pelos docentes em seus modelos identificatórios. No último fragmento de narrativa, constata-se a percepção por parte do docente do modelo empático tanto na relação

com o paciente, como na relação com o aluno, mais uma vez confirmando a indissociabilidade que permeia a conduta do modelo tanto na situação de ensino, como de assistência. Pode-se considerar que existe um substrato afetivo na estrutura da sua personalidade determinando a forma de se relacionar com o outro, seja ele quem for e independente da situação que se apresente.

7.2.2.2 Como o docente percebe o fato de ter sido formado em um modelo mais técnico e necessitar exercer a docência em um modelo de integralidade?

A percepção unânime dos docentes de que os aspectos subjetivos individuais transcendem qualquer enquadre do exercício profissional, ficou evidente em suas narrativas. O trecho abaixo ilustra essa percepção. Nele um dos sujeitos entrevistados, cita um outro professor, bem mais velho, com uma formação acadêmica e atuação profissional essencialmente técnica, que se disponibilizou para exercer a docência em um módulo mais generalista, desenvolvido extra-muros, do novo currículo do Curso de Medicina; outro aspecto a ser registrado é que esse mesmo professor é citado em outras narrativas, como um modelo de identificação:

Depende de cada pessoa, sempre tem alguns professores que eu acho que se adaptam mais, como o próprio doutor *** ele agora a recém me disse “eu estou muito feliz de ir às casas com os alunos, os alunos são ótimos, eles querem acompanhar tudo, eles querem ver o parto das pacientes”. Ele ir lá para a vila, já mostra a pessoa que ele é. Essa disponibilidade é dele, e acho que tanto faz no hospital ou na vila. Tem outros que eu penso que vou morrer e vão continuar pensando igual e não vão entender nunca o que nós esatmos querendo para o curso [...] que não precisamos abrir mão da técnica para entender que a pessoa que está doente é o ser humano, que vive numa sociedade. (DOCENTE 1)

Além de explicitar a percepção do docente que existem aspectos constitucionais da personalidade de cada professor que se impõe a realidade externa, independente da formação que tiveram, possibilita também outros direcionamentos. Primeiro, tem-se a impressão de um contentamento muito grande por parte do docente citado, relativo a experiência que está tendo. Claro que tais percepções são fortemente afetadas, tanto pelo docente que o cita, como pelas minhas, que sabe a quem ele está se referindo e também o reconhecimento como um modelo identificatório. Segundo, a forma como esse docente se refere aos alunos demonstra toda a sua empatia para com eles, fazendo-se necessário novamente registrar o quanto fiquei impregnada pelas emoções despertadas pela escuta dessa

narrativa, mobilizando-me lembranças da sua atitude empática na época em que fui sua aluna. Terceiro, da metade para o final da narrativa, aparecem sentimentos de desesperança em relação ao não entendimento por parte de alguns colegas do atual modelo de formação do Curso de Medicina. Quarto e último, fica fortemente demonstrado a percepção humanística da formação médica pelo docente entrevistado.

Autores de orientação psicanalítica como o próprio Freud (1913, v. XIII) Melaine Klein (2006) e Bion (1967 apud ZIMERMAN, 2004), tem o entendimento de que as atitudes e comportamentos, bem como os recursos de enfrentamento de novas situações já estão estabelecidos desde uma idade bem precoce e são determinados pelas relações iniciais com figuras importantes. Isso dá sustentação à percepção dos docentes de que a forma como cada um se adapta à realidade externa depende de quem eles são como pessoas. Referindo-se aos professores de ensino superior, Isaia (2003), reafirma isso quando comenta que os sentimentos dinamizadores das vivências afetivas é que determinam a implicação dos docentes com o mundo ao seu redor, com eles próprios, com os outros e com as situações relativas às suas trajetórias pessoais e profissionais. Em alguma proporção, isso fica demonstrado nos fragmentos abaixo:

É a estrutura interna da pessoa, o modelo de família, eu acho que é isso. Não sei, tem umas pessoas que não vai conseguir, nem aluno e nem professor entender pouco esse lado...eles sempre vão dizer que estamos querendo formar mal os médicos, pelo fato de acharmos que eles têm que entender alguma coisa a mais do que só o que é técnico-científico, por mais que seja conversado, falado, eu acho que tem alguns que nós não vamos conseguir. (DOCENTE 1)

Acho que primeiro lugar é a própria formação da pessoa, mas eu acho que há uma coisa que é muito marcante que se chama comodismo, aquilo de não mudar, se eu estou dando minhas aulas há tantos anos assim, é desse jeito, eu já conheço, não preciso preparar, não há o novo. Não atrapalha a minha vida extra acadêmica, o meu trabalho fora, acho que tem muito disso ...até tem pessoas que tem boa vontade, até gostariam de mudar, mas devido a essas condições todas, elas não conseguem, às vezes, por deficiências, por falta de conhecimento, não se sentem capazes com o novo, não tem tempo para investir no novo, às vezes, não querem investir no novo, não é por não acreditar que essas coisas sejam importantes, eu acho que a maioria até acredita que é importante mas não quer ser o agente dessa mudança, os outros podem ser, desde que não prejudiquem, parece-me isso, mas há os radicais sim, porque não acreditam, porque não querem mesmo. (DOCENTE 3)

O tipo de formação que eu tive lá em ***posso dizer que já era assim, eu já tinha tudo isso pronto dentro de mim, porque lá nós já trabalhávamos com

comunidades, com medicina comunitária. Eu não tive nenhuma dificuldade, porque minha formação já tinha sido essa, mais humanística mesmo, mais voltada ao social, eu já tinha trabalhado nas vilas, enfim, eu não tive nenhuma dificuldade por me colocaram nesse currículo novo. (DOCENTE 5)

Ah! Não é dizer assim, ah! ela é uma mulher a frente do seu tempo, não é isso, é por que todas essas coisas que nós já falamos... eu já tinha isso na minha cabeça, e, para, mim não foi dificuldade nenhuma me adaptar. (DOCENTE 4)

Cada uma das narrativas expressa algum indício que a perspectiva pessoal está sempre presente. Depois, cada um dos docentes toma um direcionamento diferente para falar de suas percepções sobre o assunto. Na primeira narrativa, o docente compartimentaliza os colegas entre os que vão se sensibilizar com as idéias novas e os que não conseguirão. Na segunda narrativa, o professor faz uma avaliação bastante aprofundada e busca justificativas para os que não conseguem envolver-se com o novo, numa perspectiva até otimista da realidade. A compreensão desse sujeito remete aos estudos de Abraham (2000) sobre a imagem dos professores, buscando o entendimento dos seus achados, a partir do conceito de alienação, que não foi desenvolvido para professores de ensino superior, mas que pode ser usado na tentativa de compreender a sua acomodação. A alienação também pode ser considerada como um fator que impede a mudança, na medida em que se refere a uma imagem idealizada ser tomada como pertencente à natureza do professor que, assim, não a percebe como um ideal de ego a ser aspirado e perseguido, ficando convencido de que essa imagem idealizada dele mesmo é a sua própria imagem real. Isso alivia a angústia e psicologicamente é econômico, pois se ele se vê idealizado, não têm que refletir sobre sua existência, nem frustrar-se com suas incapacidades, permanecendo imobilizado diante das mudanças e desafios profissionais.

Na terceira e na quarta narrativas, fica explicitado que as mudanças pouco afetaram o jeito desses professores exercerem as suas funções docentes. Em uma das narrativas, fica atribuído tal fato ao tipo de formação que o docente teve. Essa percepção gera certa esperança, pois é tranquilizadora a idéia de que uma formação adequada seria suficiente para sensibilizar o professor para os aspectos mais subjetivos que envolvem a sua atividade profissional enquanto que a percepção de toda a complexidade inerente ao processo formativo, no qual há um entrelaçamento de aspectos pessoais, constitucionais e profissionais, gera sentimentos opostos e

deixa explícito o quanto podem ser restritas as possibilidades de mudança.

Todas essas percepções dos docentes podem ser explicadas pelos vários dilemas reconhecidos por Zabalza (2004) quando fala sobre o processo formativo do professor. Dentre as várias questões apresentadas por ele, chama a atenção à complexidade que é investir num processo de formação que atenda ao mesmo tempo as necessidades de desenvolvimento pessoal do professor voltadas para seus anseios e interesses individuais e que também atenda aos interesses da instituição. Assim, acessar as percepções desses docentes sobre o momento atual do Curso de Medicina e se interar das suas impressões, confirma a complexidade e multiplicidade de aspectos que precisam ser considerados em qualquer processo de mudança.

7.2.3 – Vivências docentes

7.2.3.1 Que vivências são lembradas como marcantes para o processo formativo dos docentes entrevistados?

No processo de unitarização, fiz também uma tentativa inicial de classificar as vivências como favoráveis, desfavoráveis, neutras e outras que não eram possíveis de ser nominadas de forma que ilustrassem o seu conteúdo. Mesmo as vivências classificadas como neutras, foram lembradas pelos docentes entrevistados, o que me levou a refletir sobre essa suposta neutralidade. O simples fato de lembrar demonstra que algum significado tiveram, mesmo que não estejam aparentes na consciência do sujeito. Outro aspecto evidenciado foram os relatos de vivências desagradáveis, mas que de alguma forma marcaram positivamente o processo formativo de determinado docente, como o fragmento de narrativa, mostrado a seguir:

Eu cheguei em dezembro, eles me pediram para ir para periferia, 20 km daqui da universidade, eu fui, precisava... eu comecei trabalhar para onde me mandaram, eu sou bem mandada, mas eu senti como um afastamento para não ficar muito atuante aqui, entendeu, então eu fui para lá, de uma forma meio torta, eu me dei bem, porque foi bom para mim, pois fiquei afastada daqui. Eu fiz meu próprio papel, então eu acho que para mim foi bom para criar a minha identidade própria, como professora do curso. (DOCENTE 1)

Nesse relato de uma vivência ocorrida no momento da entrada na vida docente, também há a percepção de um sentimento de isolamento imposto pelos

demais colegas e o entendimento de que não ter uma convivência mais próxima com os colegas, dentro do espaço institucional, contribuiu favoravelmente para a construção da sua identidade como profissional, resultando em ganhos para o sujeito. Para Isaia (2005) essa primeira etapa da docência superior corresponde a sexta fase do ciclo vital proposto por Erickson, e a idade da iniciação de Ortega y Gasset. Nesse estudo, a autora considera que é nesse momento que ocorre a estruturação do mundo profissional e pedagógico do professor, bem como é quando se estabelecem relações verdadeiras com as outras pessoas. Assim, a partir das gratificações obtidas de tais relações é que são mobilizados os recursos emocionais necessários para assumir os compromissos e tolerar as adversidades, sedimentando a construção da caminhada docente. Pode ser pensado a partir disso, que para esse sujeito, os sentimentos iniciais mobilizados por essa vivência, considerada torta, talvez tenham sido os dinamizadores de um processo de formação mais humanizado, no sentido de vivenciar de forma mais intensa a realidade apresentada. Também se pode depreender que esse afastamento dos “doutores da academia” (expressão usado pelo sujeito em outros momentos da narrativa) e uma proximidade maior com outros profissionais nos serviços de saúde da rede básica, para onde foi “mandado” para exercer a docência, também tenham contribuído para uma forma mais empática de perceber o outro. Abraham (2000), quando fala do eu profissional justifica tal entendimento, pois o considera multidimensional, englobando as relações do indivíduo com ele mesmo e com os outros indivíduos significantes do seu campo profissional. Na base desse conceito, estão imagens, atitudes, valores, sentimentos, desejos, tensões, conscientes e inconscientes, determinando uma relação dinâmica entre o mundo interno e o mundo externo do indivíduo.

De acordo com Blagonadhezina (1960), as vivências emocionais estão fortemente ligadas às atividades e condutas dos indivíduos, regulando-as e influenciando-as. A oportunidade de ter vivências marcadas por sentimentos e emoções poderia regular a percepção, o afeto e os comportamentos dos sujeitos. A evidência de situações que mobilizaram intensamente os sujeitos entrevistados pode ser confirmada nas narrativas a seguir:

Fora da influência de qualquer um ele se envolvia com o problema do paciente, na intimidade, sem a pessoa saber, sem os outros colegas saberem. O paciente era beneficiados de uma maneira altruística, é o doutor

*** pelas atitudes dele, se tivesse que ficar na sexta feira até às oito da noite ficava, porque o paciente estava precisando. Eu tenho muita admiração por ele, de levar *** daqui e fazer de graça em seu ***, porque aqui não tinha alguma coisa e ele nunca falou isso para ninguém. Eu sei por que vivenciei ali dentro, só quem sabe é a gente, eu dou muita importância para esse lado humano, e principalmente ao fato de fazer porque se tem consciência que a paciente precisa e não porque os outros vão ver e vão elogiar. Por isso, foi marcante a presença desse professor na minha vida. Eu pude conhecê-lo melhor por fazer minha especialidade com ele e conhecer a decência e a retidão com que ele trabalha. É impressionante. (DOCENTE 4)

Eu lembro que uma vez, como estagiária da cirurgia, eu acompanhava o doutor *** e o doutor *** e um paciente chegou com dor. O doutor *** na hora fez o diagnóstico, ele atuou de uma forma tão simpática com o paciente, que então desde lá eu sempre lembro dele. Medicou o paciente, de uma forma, que eu achei assim que ele foi meio pai, mas assim no sentido de ser médico mesmo, que até eu nem citei como professor que me marcou, mas ele também me marcou. (DOCENTE 5)

No doutorado, o ambulatório era do meu orientador, lá eles raramente mandam um paciente embora sem eles pelo menos dizerem ‘ bom dia, eu sou professor fulano de tal, “ eu sou responsável pelo ambulatório o aluno vai dizer o que a senhora deve fazer, está tudo bem?”, eles faziam, eu via o professor, via professor fazendo a sua parte, ele nem dizia a parte técnica. (DOCENTE 1)

Então eu acho que eu fui uma pessoa de sorte, porque eu fui a dois lugares e eu tive dois modelos realmente para me identificar o que eu queria ser, como que eu queria ser, o que eu queria ser, até me deram segurança para eu ser quem eu era que eu não conseguia ser aqui. (DOCENTE 1)

Tais trechos confirmam a necessidade de valorização dos aspectos relacionais da vivência pedagógica, pois exerce forte influência no indivíduo e servem como um referencial tanto para o exercício da medicina, como para os que se envolverem na docência. Independente de ser em uma situação de ensino ou assistencial, e de ser um docente ou não, o fato de ter deixado marcas vincula-se as emoções e aos sentimentos percebidos e vivenciados pelos sujeitos entrevistados. De acordo com Isaia (2003) os sentimentos representam vivências afetivas determinantes para a implicação dos docentes com os mundos ao seu redor, envolvendo eles mesmos, as outras pessoas e as situações relativas às suas trajetórias pessoais e profissionais. Assim, ficam demonstrados na fala dos sujeitos sentimentos de admiração, de reconhecimento por seus antigos professores ou médicos, marcando o processo formativo.

Outro aspecto a ser considerado é que as vivências reconhecidas pelos sujeitos da pesquisa como tendo influenciado o seu processo formativo envolvem características da personalidade dos docentes, orientadores e preceptores. Isso tem ressonância no pensamento de Ulich (1985), citado nos estudos de Isaia (1996)

sobre os sentimentos dinamizadores da prática docente, onde reafirma a importância dos sentimentos, considerando que para levar a sério uma pessoa é necessário levar a sério os seus sentimentos. Nessa perspectiva, pode-se depreender que as vivências que marcaram resultam de sentimentos positivos em relação à personalidade do indivíduo admirado, criando uma disponibilidade interna para todo o processo do se tornar médico. A negligência da dimensão humana nas relações professor-aluno-paciente, marcam todo o processo de ensino-aprendizagem, como explicita Urriaga (2004), no seu estudo com docentes médicos, quando diz que a influência dos pressupostos científicos e da racionalidade técnica comprometeram os locais de onde deveriam partir as reflexões sobre a prática docente, para poder redimensionar a subjetividade inerente ao ser humano, seja em uma atividade de formação, seja na assistência.

7.2.3.2 Que vivências alheias à formação acadêmica influenciaram o processo formativo?

Na própria questão orientadora da categoria vivências docentes, assume-se a idéia que o processo formativo começa em algum momento do passado, provavelmente quando ainda não se tenha escolhido nem a profissão. No dizer de Oliveira (2006), os processos de formação do professor não estão temporalmente vinculados à intenção de ser professor, podendo já estar sinalizados nas experiências iniciais, nos processos de escolarização, quando ainda se está na situação de aprendiz. Nos sujeitos desse estudo, as vivências sinalizam mais para o processo formativo do médico. Entretanto, considerando que ambos os processos se entrelaçam, torna-se impossível fazer uma delimitação. Assim, as narrativas dos professores médicos entrevistados, refletem situações de vida alheias a formação acadêmica, que são percebidas por eles como tendo influenciado dramaticamente a sua formação e algumas situadas mais tardiamente na trajetória dos sujeitos, mas que também pela intensidade dos sentimentos mobilizados levaram a uma mudança,

Eu acho que é mais em termos de sofrimento pessoal mesmo, sofrimento que eu digo, é assim de vivência... Eu me lembro que quando estava no segundo grau, eu tinha IPE na época, o pai era *** , eu tinha só IPE... Eu fui consultar com medico, era um *** . Era o doutor***. Eu nem fazia medicina, e me chamou muito a atenção o que aconteceu. Cheguei ao consultório e tinha duas salas de espera, uma sala com aquelas cadeiras de plástico,

aquelas de empilhar, que eram para pacientes de convênio e uma sala legal, com sofás, que eram para os pacientes particulares. Na época, foi uma coisa que me chocou muito, são situações desse tipo que me marcaram que nunca mais esqueci. (DOCENTE 3)

Vai ficando registrado na tua vida, outra situação que aconteceu foi quando precisei consultar um ***, essa pessoa tinha um acadêmico atendendo, acho que era acadêmico da graduação na época, não era residente, nem hoje tem residência de ***... Aqui. Eu lembro foi um guri... Para mim era um adulto, na época eu achava que ele era adulto, foi ele que me atendeu, discutiu o caso com ele, mas estava atendendo lá no consultório dele. Depois que eu fui me dar conta... Então essas coisas... Marcaram muito e eu me lembro até hoje. (DOCENTE 3)

Eu tive um problema muito sério com a morte do meu pai, envolvendo um trauma grande, um pai jovem e tal, então essa situação, sempre me vêm. (DOCENTE 4)

Eu tive um tumor de ***, fiz ***, fiz ***, entende, ainda estou controlando, isso é uma coisa que marca, na realidade muda bastante... O que até então era um pouco longe, uma visão mais do paciente. Modificou o meu jeito de entender o que os médicos fazem e como isso repercute no paciente, aí eu entendi o outro lado, na última visita, foi sem fundamento, nem boa tarde ele me deu, nada...claro que não esperava que ele me reconhecesse, mas pelo amor de deus, me senti uma mesa. (DOCENTE 1)

Eu me lembro que meu pai teve um *** e foi se tratar em *** onde eu estava fazendo estágio, era tudo muito difícil, para marcar um exame tinha que ir lá numa ponta da cidade, para fazer, não sei quando. Sentia como se tivesse que implorar para fazer esse tal exame, porque às vezes deixavam para depois, são situações ruins que ocorrem, é uma pena. Essa foi uma fase difícil, até porque eu estava no final do curso de medicina, tu vais te formar em seguida, aí tu te depara com essa realidade nua e crua. (DOCENTE 5)

A minha ***, foi consultar com o doutor***, um médico importante na cidade. Perguntei como tinha sido o jeito que ela descreveu ele lá longe atrás da escrivaninha, a cadeira e a escrivaninha em um plano mais alto e só saindo dessa posição para examiná-la. Eu fiquei ouvindo aquela história e imaginando a situação, marcou-me tanto que parecia que eu tinha ido junto à consulta. Parecia que ele estava há quilômetros de distância.... Muito longe do paciente. Quando tive oportunidade fazer uma sala para mim, isso contou muito. (DOCENTE 2)

Eu acho que as dificuldades que eu passei ao longo da vida, em determinados momentos, até econômicas, precisei do sistema de saúde, numa época, paro meu pai, e eu vi o quanto era falho o serviço público, e eu acho que aquilo mexeu muito comigo, porque eu pude vivenciar o que era precisar do Serviço Único de Saúde (SUS). Eu já estava na faculdade, e eu pude ver o quanto era difícil para as pessoas que dependiam do (SUS). (DOCENTE 5)

Então assim (referindo-se a morte de um familiar) isso nos leva a colocar as nossas experiências frente a dos pacientes, porque eu não daria uma atenção especial ao meu paciente? Passei por isso, sei como é difícil e isso se dá dessa maneira. Fico pensando em como eu enfrentei a situação como é que os profissionais trataram-me e quais as conseqüências disso, não só para pessoa que morreu ou que estava no hospital, mas para aquelas que ficaram, que eu acho ainda mais importantes, ou quanto deixaram de fazer,

até não profissionalmente, mas deixaram de dar uma atenção especial, tudo isso fica e tudo isso sempre que vou atender um paciente, sempre esta muito vivo na minha cabeça, como eu receberia aquela atitude do médico.
(DOCENTE 4)

Todas as vivências consideradas como marcantes para o processo formativo do professor médico, envolvem um sofrimento considerável sempre vinculado a situações de atendimento, deles próprios ou de alguém da família. Essas situações podem ser entendidas a partir das idéias de Blagonadhezina (1960), nos seus estudos sobre emoções e sentimentos, quando diz que nem todo objeto ou fenômeno real resulta em uma atitude emocional em função dele, mas somente aqueles que satisfaçam direta ou indiretamente as necessidades do sujeito e da sociedade. Dessa forma, a autora considera que os sentimentos e as emoções são as vivências dos objetos e dos fenômenos reais que correspondem ou não as necessidades do homem e da sociedade. Assim, a percepção de vivências emocionais positivas ou negativas, vai depender do quanto satisfazem ou não as necessidades do sujeito e as exigências que a sociedade impõe. Quando a autora diz que os componentes dos fenômenos reais tem relações distintas com as necessidades humanas, entra em consonância com o pensamento kleiniano, no sentido de que através de mecanismos de projeção e introjeção, vai sendo construindo dentro do ego um mundo interno complexo, fazendo com que cada indivíduo tenha um sentido de realidade, isto é, a forma como ele capaz de experimentar a realidade psíquica como tal e diferenciá-la da realidade externa é único (SEGAL, 1975). Portanto, o que vai acessar sentimentos e emoções são fenômenos ou objetos que encontram uma ressonância com o mundo interno do sujeito.

Isaia (1996), nessa mesma linha de pensamento, fundamentado também nas idéias de Heller (1982), considera que a visão do homem como uma unidade envolve a concepção “de que o agir (apropriação), o pensar (objetivação) e o sentir (expressão) representam manifestações integradas e integrantes da relação daquele com o mundo” (p. 4). Considerando essas idéias, ela propõe uma diferenciação funcional dos sentimentos a partir do pensamento helleriano, na qual um dos aspectos considerados são os condicionantes dos sentimentos, onde explicita que os mesmos dependem das interações entre situações, experiências, competências e expectativas dos sujeitos e do contexto sociocultural e histórico no qual acontece.

Pensando no conteúdo expresso nas narrativas dos docentes, evidenciam-se todos esses elementos condicionantes dos sentimentos vivenciados pelos sujeitos. Assim, entende-se porque essas situações foram lembradas tão prontamente e reconhecidas como influenciadoras do seu processo formativo. A partir do que foi exposto, pode se estabelecer que existe um movimento imaginário que parte da estruturação do mundo interno, a partir das relações iniciais; vai havendo a interação das experiências internas e externas, condicionadas por um determinado contexto, determinando sentimentos e emoções que marcarão a conduta final do sujeito frente aos outros. Na questão apresentada, o outro pode ser tanto o paciente como o aluno.

7.2.4 CONCEPÇÕES DOCENTES

7.2.4.1 Como o docente concebe a relação professor-aluno-paciente?

A situação nas quais assistência e ensino se misturam, tornam o trabalho docente ou do médico mais complexo. Numa situação pontual se estabelece uma rede de relações, quais sejam: aluno-professor; aluno em uma situação que assume a função do médico com o paciente; o médico que é professor com o paciente e também tem as relações do aluno e do professor com os familiares e a equipe de saúde. Como pano de fundo dessa trama, tem a doença e as suas implicações, mobilizando todos os envolvidos. Soma-se a isso o pensamento de William James, citadas por Gabbard (2006), sobre as relações interpessoais :

Sempre que duas pessoas se encontram, existem na realidade, seis pessoas presentes. Existe cada indivíduo da maneira como ele vê a si próprio, cada indivíduo da maneira como ele é visto pelo outro e cada indivíduo como ele é realmente (p.63)

Não é o objetivo deste estudo aprofundar o entendimento de tais relações, mas sim explicitar as concepções dos docentes médicos mais empáticos sobre a situação de triangulação que se estabelece no ensino médico. Nesse sentido, as narrativas que seguem apontam para toda essa complexidade:

Eu acho que nesse momento o professor tem que se superar, porque ele tratando o paciente, na relação médico-paciente, é diferente do professor junto do aluno e o paciente. Quando ele está à frente do grupo de alunos, ele tem que pensar, é um item a mais que ele tem que reforçar na sua relação, porque, além do diagnóstico e tratamento, enfim da análise do paciente em si, ele tem que demonstrar essa relação, não falando dela, mas na prática, ele tem que se expor, então é mais um trabalho, que o docente

tem que fazer. É uma aula a mais digamos assim, a relação médico-paciente, mostrar para o aluno como ela ocorre, até mesmo em questões de dificuldade do paciente, que às vezes ocorrem, além da clínica que ele está, da especialidade, da prática em si. Então tem mais essa relação médico-paciente que ele também deve ensinar no dia a dia. (DOCENTE 4)

Lá (UFSM) acontece um problema, ocorre que os pacientes chegam lá e querem falar comigo e eu digo para os alunos que lá eu sou o professor que não sou o médico dos pacientes, então eu vou falar com o paciente, quando eles me chamam, peço para eles falarem isso que falei. (DOCENTE 3)

É um cuidado a mais que o profissional precisa ter, pois às vezes observamos que mesmo o professor, não na nossa instituição, mas em todas, passa despercebido desse item tão importante, ele deve levar junto com a prática da sua especialidade essa parte de relação médico-paciente. (DOCENTE 5)

Eu acho que é não fácil, depende como está a situação, se o professor está atendendo o paciente, e o aluno é observador, às vezes, é um pouco difícil até, porque tu tens que atender o paciente, tens que atender o aluno também. (Docente 2)

A grande maioria não consegue fazer essa relação, quando o professor é o médico que está atendendo se vira para o paciente de costa e dá atenção para o aluno, e aquilo vira o paciente sentado e o aluno é o centro, ou ele vira às costas para os alunos e só atende o paciente e nem dá bola pro aluno. (DOCENTE 1)

As concepções dos professores sobre a triangulação que se estabelece na relação professor-aluno-paciente, são concordantes em vários pontos. Primeiro, o exercício da docência em uma situação de assistência, implica em uma demanda emocional maior para o professor e dar conta dos aspectos médicos dessa situação e dos aspectos de ensino a contento, exige muito do professor, como uma relação que requer superação, que é difícil e complicada. Outro aspecto que aparece nas narrativas é uma concepção dissociada das duas funções, de médico e de docente, mesmo quando o docente é o responsável pelo diagnóstico e tratamento do paciente. Segundo, há uma dissociação na forma como o docente médico concebe as suas funções, mesmo que ele seja o responsável principal em ambas as funções. Os estudos de Abraham (1987), sobre imagem de professor, no qual estes aparecem muito idealizados aos seus próprios olhos, ajudam a pensar sobre os achados que concebem a relação professor-aluno-paciente como tendo muitas demandas. De acordo com a autora, para explicar essa imagem idealizada, recorre-se ao conceito de alienação, no sentido de haver uma disposição do professor para renunciar parte de sua identidade, alienando-se de uma parte do seu eu real e passando a se assumir como outro eu (falso self). Como diz a autora, trata-se de uma alienação específica, ou seja, a alienação do indivíduo em relação

a ele mesmo. Ela explica que no lugar do indivíduo exercer um controle, com a ajuda do seu superego, a sociedade utiliza a imagem idealizada e estereotipada, impondo ao indivíduo o que ele deseja, através de um incentivo sutil, pleno de promessas, que acaba se convertendo no desejo do indivíduo (ideal de ego). Junta-se a isso, a imposição de formas de condutas desejáveis, em detrimento do desenvolvimento de recursos internos para o controle e a sublimação dos impulsos proibidos. Ela crê que nas profissões em que há essa inversão e nas quais o contato interpessoal é intenso, como por exemplo, a docência e a medicina, espera-se uma intensificação desse processo de alienação, o contrário ocorre em profissões onde o contato se dá através dos objetos, como a engenharia e a marcenaria. Falando especificamente do professor médico, talvez haja uma ampliação desse processo, determinando um custo emocional muito grande para o sujeito.

Existe, assim, uma preocupação a mais com os aspectos relacionais quando o atendimento é conjunto com o aluno. Tal preocupação encontra justificativa nas idéias de Millan (1999) e colaboradores nos seus estudos sobre os aspectos psicológicos da formação médica, quando diz que o relacionamento professor-aluno funciona como um espelho do relacionamento estudante-professor, no sentido que os primeiros inconscientemente repetem o que viram e sentiram na relação com o professor. Tais idéias remetem ao pensamento de Kohut, quando refere que as crianças se constituem com o olhar da mãe, a partir dessa perspectiva depreende-se que o olhar do professor tenha uma função estruturante na identidade profissional do aluno. Isso fica evidente, no fragmento da narrativa abaixo:

É muito marcante, essa questão do***, da atitude dele frente ao aluno, isso que eu o vi fazer com os pacientes, eu nunca vou deixar de fazer, pois eu o vi fazer, e por mais que eu tenha feito a residência, numa idade mais avançada e tal, aquilo vai continuar: o mestre, o meu objetivo o paciente, e eu no meio, então, eu nunca vou deixar de fazer aquilo, nunca vou fazer de maneira diferente. Então por isso eu acho que marca, mesmo com a pessoa com idade mais avançada como eu, não só no jovem. (DOCENTE 4)

7.2.4.2 Quais as concepções docente de como se ensina relação médico-paciente?

As narrativas dos professores sobre como se ensina a relação médico-paciente, explicitam diferentes concepções: a que aprende por ver o modelo e a que valoriza mais a perspectiva do aluno. A Primeira, refere-se ao entendimento que é através do exemplo da relação médico-paciente do professor que o aluno vai

aprender a dimensão relacional da profissão médica. Nas narrativas abaixo ficam evidenciados tais achados:

Eu acho que é o exemplo do professor, eu acho que isso é fundamental, falar não adianta, falar de relação medico paciente tu até pode falar para tentar sensibilizar, mas o exemplo é forte, eu acho que é muito mais forte, primeiro o exemplo. (DOCENTE 3)

Então eu acho que seria importante ir a cada paciente, conversar com o paciente, não que dê toda a conduta, eu não digo para o aluno como é que ele tem que fala, mas eu vou lá cumprimento, falo, explico mais ou menos o que eu acho que ficou um pouco dúbio, falo com a família, explico mais sobre o que estava preocupando. Eu acho que esse deve ser o modelo, nós tínhamos que tentar ter essa relação do professor realmente ir até o paciente junto com o aluno. (DOCENTE 2)

É essa postura que forma o aluno, é aquilo o que ele está enxergando ali, porque o que se fala deve influir um pouco, mas penso que seja a conduta na prática, como se trata, como cumprimenta ou não cumprimenta, a capacidade de entender, compreender os problemas ou não. Não adianta nada ter um discurso na teoria de relação medico-paciente, e aí depois o professor se veste de médico, vai atender e tem outra conduta com o paciente, nem olhando, às vezes, para o paciente, dando as condutas de qualquer jeito. Eu penso que isso não funciona. (DOCENTE 5)

Nós procuramos sempre ir a todos os pacientes, porque eu acho que é isso que deve ser feito, eu acho que essa parte de ensinar relação médico-paciente deve ser ao vivo e a cores, não pode ser sentado na cadeira, tu tem que ir lá e tratar bem o paciente, tu tem que ir junto e mostrar que tu faz isso, que tu cumprimenta o paciente, que tu conversa .. o modelo é como eu me posiciono junto ao paciente e não o modelo que eu passo teoricamente pra ele. É o modelo de eu ir junto, porque eu vejo interesse no aluno, o quanto eles gostam...para eles enxergarem na gente, e isso eu acho que eles têm pouco no curso. (DOCENTE 1)

Todas as falas dos docentes explicitadas aqui, ao seu modo, dão uma idéia que o aprendizado da relação médico-paciente passa pelo aluno vê-los com o paciente. Isso é semelhante aos achados de outros estudos, como Pontes, Rego & Gomes da Silva JR (2006) e Batista & Souza da Silva (2001) sobre as concepções de ensino e de aprendizagem dos professores médicos. Nos quais aparece a idéia de que a imersão do aluno em uma situação de prática mais adequada seria suficiente para ele se sensibilizar para os aspectos relacionados da sua conduta com o paciente. Isso aponta para uma concepção que a vivência da prática do docente por si só seria a fonte de tal aprendizado. Talvez refletindo aspectos do modelo do próprio processo formativo do docente que tende a se repetir. Ao longo de toda a análise de conteúdo, fica evidente a sensibilidade desses docentes diante dos outros, seja aluno ou professor, mas quando expoem suas concepções sobre ensinar a relação médico-paciente, tendem a valorizar um modelo mais voltado para

transmissão de conteúdos, onde esse conhecimento é dado, é passado, é exemplificado por ele na prática. Ficando pouco explícito na suas falas o lugar do aluno, como alguém que assim como o docente já chega com uma bagagem de vivências prévias e até de padrões de conduta e de relacionamentos. Considerando a leitura do corpus como um todo e das entrevistas narrativas individualmente, fico com a impressão que as concepções sobre ensinar não se contrapõem as características pessoais do docente, mas que seriam também um modelo de ensinar aprendido com antigos professores que se repete.

Outro aspecto a ser considerado nas narrativas aqui trazidas é de como ocorre o processo de ensino aprendizagem da relação médico-paciente, que na concepção de um dos sujeitos precisa ser “ao vivo e a cores”. Essa questão do como acontece esse encontro sustenta-se nas idéias de Urtiaga (2004), quando propõe que o professor é o principal articulador das relações que se estabelecem no decorrer da formação profissional, funcionando como mediador na construção de significados, símbolos e comportamentos no processo de ensino e de aprendizagem na educação médica.

Outro posicionamento dos docentes médicos de como se ensina relação médico-paciente, expressa uma perspectiva de inclusão maior do aluno, de uma atitude mais reflexiva e de tentar sensibilizá-lo. Isso fica demonstrado nas falas dos docentes apresentadas abaixo:

No modo de ensinar, tu enfatizas coisas, é importante, por isso falo sempre na questão de como tratar o paciente, de como tratar o familiar do paciente. Tentar fazer com que o aluno se coloque no lugar do paciente, às vezes eu sou até meio grosseiro, pois já aconteceu de residente chegar dizendo que não queria operar porque a paciente porque tinha uma complicação cardíaca e na cabeça dele teria que perder tempo atrás de uma avaliação clínica. Aí eu perguntei para ele, mas e se fosse a tua mãe tu não indicarias a cirurgia? Então, às vezes eu coloco assim, fico indignado, eu falo para eles assim até para eles enxergarem. (DOCENTE 3)

A sensibilidade de perceber o que o paciente esta sentindo é fundamental, então eu acho que o professor tem um poder nisso. (DOCENTE 1).

Eu acho que a forma de ensinar tem um peso grande, alertar sobre as coisas, maneira de lidar com o familiar de paciente principalmente, se colocar no lugar do familiar porque eu acho que isso é a dificuldade deles, a dificuldade que a pessoa tem de se colocar no lugar do paciente. (DOCENTE 4)

Eu acho que o exemplo é sempre saudável, sempre existe possibilidade, mas acho que vai depender do indivíduo, da formação dele até da captação de poder vai valorizar aquilo que ele esta vendo. (DOCENTE 5)

Tem pessoas que se sensibilizam mais e outras menos, outras pensam mais, outras menos, então, por exemplo, os alunos da residência, onde temos um contato mais longo fica mais fácil de observá-los, hoje, com pouco tempo de contato com o residente eu já sei como ele vai ser no futuro só pelo que vejo da relação dele com o paciente, eu acho que influenciá-los, mas desde que ele tenha uma sensibilidade para isso, pois acho que tem pessoas que não tem sensibilidade que não valorizam nada em termos de relações, mas é algo decepcionante, frustrante. (DOCENTE 2)

Nos fragmentos das narrativas acima fica evidente essa postura do docente, refletindo sobre os fatos e intervindo de uma forma reflexiva, com isso tenta ajudar o aluno a “enxergar”, mas a partir da sua perspectiva . Isso fundamenta-se nas idéias de Schön (2000) sobre ensino reflexivo e, mais voltada especificamente ao docente, nas de Perrenoud (2002), nas quais o aprender através da prática é privilegiado, o não saber é um motivador para refletir sobre a ação, não apenas produzindo respostas para uma determinada situação, mas desenvolvendo recursos internos, através da interação professor-aluno, para enfrentar a adversidade inerente às relações humanas e a prática profissional como um todo .

Nesse processo de busca de construção do conhecimento, aparece nas falas dos docentes uma tentativa de acessar a empatia dos seus alunos. Fica explícito que as concepções dos docentes citados acima, sobre como se ensina relação médico paciente passa por tentar fazer os alunos pensarem sobre isso na perspectiva do paciente, colocando-se no lugar do mesmo. Isso sustenta-se em todo o referencial teórico de empatia. Autores como Hojat (2002), Zinn (1993), Cataldo (1998, 2003), defendem um o conceito de empatia que implica tomar parte do mundo interno do paciente, havendo um compartilhamento temporário com seus sentimentos, o que facilita o entendimento mais amplo da situação de cuidado. Soma-se a esses autores as idéias de Stern (2007), quando fala de intersubjetividade como a capacidade de conhecer, compreender e sentir a experiência subjetiva do outro, identificando-se com ela, participando dela, e fazendo uma leitura não mágica da mente do outro.

Da mesma forma que o reconhecimento sobre o quanto os alunos podem se sensibilizar é variável, mostra o entendimento de que talvez o que se pode aprender sobre a relação médico-paciente seja limitado, pois fica implícita a concepção que os alunos são diferentes, com histórias de vida diferentes, padrões internalizados de relações que também são únicos e que a modificação desses padrões são mais

difíceis. Em algumas narrativas aparecem inclusive sentimentos de desesperança, de frustração e de decepção diante dessa realidade.

Outro aspecto que se evidencia na fala dos docentes é a concepção sobre a disciplina de relação médico-paciente precisar de mais momentos ao longo da formação e que isso passaria por uma inserção maior da psiquiatria e seus docentes ao longo de todo o curso. Isso fica evidente, no fragmento abaixo:

A relação médico-paciente só no quarto semestre é pouco. Eu acho que nós deveríamos fazer alguma outra coisa no internato, por exemplo, quando eles estão no internato, oferecer alguma coisa a mais para eles pensarem, porque daí eles realmente estão na atividade, que os posiciona como médicos já, e daí eu acho que tá faltando no curso. (DOCENTE 4)

O professor *** e ****, e tem outros mais que querem muito que os alunos passem mais na psiquiatria, no sentido de ter mais essa visão junto com a clínica, tivesse junto que pudesse discutir os próprios casos, não passar pela psiquiatria como doença psiquiátrica mais séria, mas no dia a dia da psiquiatria. Por exemplo, agora eu to com a *** (psiquiatra), a *** foi para grupo de desenvolvimento humano, eu adorei, eu, por mim, fico sempre junto com ela porque eu acho que é um complemento impressionante para nós duas. (DOCENTE 2)

Fica explícito nesses fragmentos a idéia da relevância dos alunos precisarem mais disciplinas de relação médico-paciente e que quem deve desenvolvê-las são os professores da psiquiatria. Considerando dessa forma, fica a impressão de um movimento contrário a formação médica da proposta pedagógica atual, na qual o paciente é entendido em toda a sua complexidade biopsicossociais. Nessa perspectiva, parece que se perde o entendimento sobre a importância dos aspectos relacionais da profissão inerentes a todas as áreas, isto é, qualquer docente médico precisaria ter condições de abordar aspectos referentes a relação médico-paciente, permeando com tal temática toda a sua atividade de ensino. De acordo com Hossne (1994), a ciência médica é o entroncamento das ciências biológicas com as ciências humanas e na Medicina de qualidade não poderia existir uma sem a outra.

7.2.4.3 Quais os atributos pessoais que o docente considera necessário para ser médico?

Ao longo das narrativas dos professores médicos, surgem atributos pessoais considerados importantes para as pessoas que optam pela medicina. Nas falas abaixo, fica explicitada tais características:

Primeiro, tem que ser trabalhador, ter vontade de trabalhar, é uma profissão que exige que você realmente trabalhe, não é uma profissão fácil. Então que gostem de trabalhar, é o mesmo que eu digo para os alunos, que

gostem de estudar e que gostem de gente, eu acho que essas três coisas são importantes, é uma profissão que exige, se tu não tiver isso acho pouco provável que tu seja um bom médico. (DOCENTE 1)

Médico tem que ser muito observador, saber escutar, humilde, humildade, se eu pudesse botar um pouco de humildade, seria muito bom. Acho que essas são as três coisas que vem assim na minha cabeça, que são fundamentais, ah! e muito estudioso, é lógico tem que estudar não pode ser só humanista sem ser um bom técnico tem que aliar essas coisas todas, não é fácil, não é fácil, não. (DOCENTE 5)

Na relação médico-paciente é a capacidade de entendimento, de se sensibilizar com paciente e de transmitir o que é necessário de uma maneira adequada, então eu acho que é na minha área principalmente, eu acho que é fundamental. (DOCENTE 3)

É ter aptidão por aquilo ou ter uma simpatia muito grande pela profissão, ser um médico, primeiro isso é uma questão desgastante, todos sabemos, não trás tantas alegrias diárias como a gente gostaria, isso eu me refiro a perdas, tu não consegues resolver o problema de um paciente ou tu não consegues aliviar um sofrimento, então começa por aí. É preciso ter uma cabeça preparada para essas coisas, inclusive, para perda, o sucesso são mais fáceis, não tem preço quando se tem sucesso em alguma coisa, mas, primeiramente, a característica principal é gostar e conhecer o que tu vai fazer. (DOCENTE 4)

De ter sensibilidade em relação ao paciente, tentar explicar passar para o paciente de modo que ele entenda sabe, é impossível fazer medicina, uma medicina de qualidade sem isso, eu acho que é fundamental ter sensibilidade em relação ao paciente, eu acho que tu podes fazer uma medicina técnica, vai ter seu público.(Docente 3)

É possível identificar, em quase todas as narrativas, dois grupo de atributos pessoais que os professores consideram que o sujeito precisa ter para seguir a profissão médica. Um grupo constitui-se de características e atitudes mais vinculadas a dimensão cognitiva, como por exemplo, ser estudioso e ter capacidade de entender. O outro se refere a características ligadas as interações interpessoais, como “gostar de gente”, ter sensibilidade com o outro, ser humilde e saber escutar. Algumas dessas qualidades, apresentadas pelos docentes, encontram-se concordantes com as idéias de Cataldo (2003), baseadas nos estudos pioneiros sobre médico paciente, de Michael Balint, o qual sintetiza alguns atributos ou qualidades que são reconhecidos como sendo importantes para a construção da identidade profissional e para o desempenho das atividades médicas de forma adequada. O primeiro, é a empatia, que os docentes mesmo não usando esse termo, deixam evidente quando falam em ter sensibilidade com o paciente e capacidade de entendimento, explicitando que não estão apenas se referindo aos aspectos da realidade externa. Também se devem considerar, outros fragmentos

citados na categoria concepções docentes, onde fica explicitada essa qualidade. O segundo, é a continência, no sentido proposto por Bion (1962 apud ZIMERMN, 2004) e já comentado no referencial teórico, que talvez ficasse ilustrado no “gostar de gente”, para assim, tolerar as projeções maciças do paciente, no “ter boa cabeça” para poder reconhecer os sentimentos despertados pelo paciente no médico e não atuá-los na relação. O terceiro, refere-se a capacidade de escuta e curiosidade, que também foram explicitados nas narrativas. O quarto está relacionado ao respeito pelo paciente, que mesmo não evidenciado nos trechos das narrativas aqui referidas, fica implícito em vários outros fragmentos apresentados em outras categorias, assim como, no contexto individual de cada narrativa dos professores. O quinto envolve a capacidade de comunicação, que pode ser exemplificado com a manifestação dos entrevistados, quando falam na “capacidade de entender” as comunicações do paciente e “transmitir de forma adequada” as orientações necessárias ao mesmo.

Em um dos trechos das narrativas trazidos aqui, apresenta-se de forma quase explícita, uma outra qualidade que pode ser considerada como uma boa capacidade de tolerar às frustrações, como fica exemplificado na fala deste docente, “...não trás tantas alegrias diárias como a gente gostaria “.

Acredita-se que todos esses marcadores deixam evidente a forma como essa categoria constitui-se, mostrando a relevância desses atributos pessoais na construção da identidade profissional do médico.

7.2.5 Evidência da conduta empática do docente ao longo do seu processo formativo

7.2.5.1 Os docentes mais empáticos têm evidências dessa conduta ao longo do seu processo formativo?

Essa categoria assume contornos comprobatórios de um dos pressupostos iniciais, não resultando de um processo complexo de unitarização e categorização como as demais anteriormente apresentadas. Entretanto, surgiu como uma busca mais ativa dentro do processo investigatório do professor médico, chegando-se a relatos que por si só demonstram a sensibilidade dos docentes e o lugar que tem na sua subjetividade o que é do outro:

Eu sempre valorizei muito essas coisas, claro isso tem haver como meu jeito, as pessoas valorizarem o meu trabalho é importante. Eu me lembro que na residência, fiz em *** (cidade), no *** (serviço), então lá o atendimento era individual não era como aqui na universidade, era semelhante ao consultório, as pessoas marcavam consulta comigo. Então às vezes eu ganhava alguma coisa, aquilo tinha um valor enorme para mim. Uma vez, ganhei um presente de uma paciente bem pobre, ele me deu uma toalha de banho. Eu usei aquela toalha acho por uns dez anos, sabe, fiz questão de usar aquela toalha, tinha prazer em usar aquela toalha. São coisas que talvez já tivessem a ver com minha relação médico-paciente. Eu acho que mais me marcava era ver mau atendimento, isso me chamava atenção. (DOCENTE 3)

Durante a residência tem uma situação que me marcou muito, é um paciente que teve anóxia grave, ele ficou muito tempo na UTI e nós até preferíamos que ela tivesse morrido. Quando eles foram embora, entregaram-me um cartão, que eu choro até hoje, agradecendo. Isso me marcou, achava que aqueles familiares estivessem chateados, com toda a situação, enganamo-nos com as pessoas. Depois o paciente continuou vindo no ambulatório, com **anos caminhou, caminhou, engatinhou. Até hoje me emociono quando lembro. (Bastante mobilizado o docente escreveu num papel a mensagem do cartão: "Mais que as teorias que se têm na mente são o valor do amor que se tem no coração"). (DOCENTE 1)

Essas narrativas indicam um docente médico capaz de se sensibilizar e se emocionar diante da dor, do sofrimento e da miséria humana. A forma como esses docentes vivenciam essas experiências, confirma o fato de terem sido identificados como sendo mais empáticos, corroborando os escores elevados obtidos na escala de tendência empática. Isso pode ser compreendido considerando o pensamento de Bion (1962 apud ZIMERMAN, 2004), sobre o vínculo de conhecimento, no qual a construção do conhecimento ocorre de forma indissociada da formação do pensamento, ambos tendo a sua origem nas experiências emocionais primitivas. Nas vivências recordadas através dessas narrativas, o docente tem consciência da experiência emocional e com isso pode-se afirmar que aprender com ela resulta em uma conduta diferenciada nas suas relações, tanto com o aluno quanto com o paciente.

Evidencia-se nas narrativas indícios da conduta empática desses professores, também nas situações em que assistência e docência se entrelaçam, como no fragmento abaixo:

Eu sempre tento fazer ver o que tem por trás daquilo Então, por exemplo, uma aluna chegou para passar o caso. A paciente contou toda a história dela, paciente com uma situação horrível. Então a aluna me disse que ela (paciente) precisava de um psiquiatra, só para dar um tempo para ver se fica mais fácil e me disse "não tenho nada que ver com o problema dela, eu vou encaminhar". Daí eu perguntei a ela: "sim, mas ela mora em outra cidade, tu sabes se lá tem psiquiatra?". A aluna me respondeu: "ah, isso eu não sei, isso não cabe a mim?". Eu fui com ela ver a paciente e comecei a conversar para ver qual era o problema, então. Quando nós voltamos,

estavam todos os alunos esperando, disse para eles “olha se eu fosse essa senhora, seria pior que ela, porque a situação de vida dela é tão miserável em todos sentidos que eu seria pior”. Então, eu sempre faço com que vejam o outro lado, pois eles provavelmente não tiveram as dificuldades que aquela paciente tem, que eu tive, eu os faço verem isso. Não sei se consigo, mas em todo caso, eu tento, pelo menos. Eu não digo que não podem agir assim, tento mostra o outro lado das relações, das famílias, das pessoas, como é que elas vivem, nesse sentido. Eu mostro para os alunos que eles precisam entender as pessoas nas diferenças que elas possuem. (DOCENTE 5)

Vários aspectos aparecem nessa narrativa, evidenciando a forma como é conduzida a situação pelo docente que mostra uma atitude continente diante da atitude da aluna, prontifica-se para verem juntos a paciente, sensibiliza-se com a história de vida da paciente, talvez, até se identificando em alguma proporção com ela e, depois, retorna para o grupo e usa os sentimentos mobilizados pela paciente para tentar mostrar para os alunos o que estava acontecendo. Segue fazendo uma reflexão sobre a efetividade da sua prática como docente e expressando talvez até certa angústia quanto a isso. Isaia (2002), falando sobre os sentimentos docentes como dinamizadores das suas atividades educativas, considera que as vivências afetivas é que determinam a implicação do docente com o mundo ao seu redor, dessa forma, ele se constitui como docente na medida em que se coloca como mediador do processo formativo dos seus alunos.

Outros aspectos surgiram nas situações de vida lembradas pelos docentes que destacam o fato de serem considerados mais empático, por valorizarem elementos como o amor pela verdade, o respeito pelo paciente e a capacidade de se impressionar com os recursos do paciente para enfrentar a doença. Isso fica ilustrado nas falas que seguem:

Teve uma situação que eu lembro sempre, de um paciente. Sei lá porque quê eu não vi que tinha uma determinada alteração, muito pequena, era uma ***, e, não sei, sempre tinha o hábito de examinar e me passou. Depois, eu encontrei um familiar na rua e ele me disse, “o senhor não viu”, e não tive muito o quê dizer, não vi mesmo. Então disse “me desculpa, realmente não vi”. É assim uma coisa muito rara ter acontecido, mas aconteceu, nós erramos, né. (DOCENTE 5)

É impressionante a transformação do paciente depois da diagnóstico e do tratamento, é uma coisa até bonita de ver, eu digo em relação a capacidade de superação das adversidades por muitos pacientes. (DOCENTE 3)

Também pode ser observado nos fragmentos citados, outros aspectos como a humildade para aceitar o erro, a consideração pela percepção da paciente do erro

cometido pelo docente, o poder pedir desculpas e a consciência de que se erra. Todos esses fatores podem ilustrar a recorrência das características destacadas para ser um docente considerado com alto grau de empatia, corroborando os achados da primeira fase dessa investigação.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca de marcas do processo formativo do professor médico e de um maior entendimento de sua tendência empática, levou-me a atravessar uma extensa avenida que, em alguma proporção, separava dois mundos, o da Medicina e o da Educação. Aventurando-me nessa travessia, tive a oportunidade de caminhar por ruas pavimentadas, arborizadas e com perfume de pinus que de forma prazerosa conduziram-me a uma experiência de convívio, de conhecimento e de crescimento pessoal diferente das até então vivenciadas. Também fez parte da travessia, desbravar parte do terreno e construir vias que permitiram uma aproximação maior desses dois mundos, que sempre coexistiram lado a lado dentro de mim. Assim como os atalhos também foram necessários, pois, em alguns momentos, a realidade inóspita do terreno desconhecido se impôs a revelia dos desejos, das expectativas iniciais e do planejamento prévio.

Com o entendimento que essa travessia não tem um ponto de chegada, mas pontos de parada para pensar sobre o trecho percorrido, passo a fazer considerações sobre os achados e discussões que se propiciaram ao longo do caminho.

O objetivo inicial de verificar a tendência empática dos professores médicos efetivos do Curso de Medicina, a fim de selecionar os mais empáticos para participarem da entrevista narrativa, gerou inicialmente algumas dúvidas sobre a efetividade do instrumento utilizado, mesmo tendo sido considerado adequado pela banca examinadora, no momento da qualificação do estudo. Tais dúvidas se dissiparam, após ter feito o contato telefônico com os sujeitos que obtiveram os maiores escores brutos na escala de tendência empática, pois a disponibilidade e a sinceridade com que aceitaram compartilhar suas vivências, concepções e percepções sobre a temática foi surpreendente. Isso foi novamente confirmado no decorrer das entrevistas narrativas.

Os resultados obtidos na primeira fase da pesquisa confirmam o pressuposto inicial que os professores médicos têm graus diferentes de empatia. Da mesma forma que o grupo de professores com os maiores escores brutos na escala de tendência empática apresentam as características pessoais identificadas como influenciando, de forma positiva, o grau de empatia dos sujeitos. O fato de no grupo

de docentes com alto grau de empatia ocorrer o predomínio do gênero feminino e da maioria pertencer a especialidades médicas cujos profissionais são considerados com alto grau de empatia, corroboram literatura da área (HOJAT, 2002; id. , 2000; id., 1995; HARSCH, 1989; DAVIS, 1983; FOREST-STREIT, 1982; MEHRABIAN & EPSTEIN, 1972).

Considerando que o período da coleta dos dados da fase quantitativa desse estudo coincidiu com um período em que três diferentes calendários acadêmicos coexistiam no Curso de Medicina, pode-se afirmar que a obtenção de uma amostra de setenta e um sujeitos foi satisfatória, pois abrange setenta e seis por cento dos docentes médicos efetivos, em atividade, naquele momento.

Entretanto, precisa ser considerado o contexto no qual o estudo foi desenvolvido, o Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, pois pertencer a esse contexto e conhecer a maioria dos sujeitos, inclusive alguns tendo sido meus professores e outros, pertencentes ao meu círculo de convivência, pode ter contribuído para a disponibilidade dos mesmos em aceitar participar da pesquisa.

Considerando a trama que se formou entre a fala dos docentes entrevistados, a análise do conteúdo destas e o referencial teórico que deu sustentação a esse estudo, passo a apresentar as compreensões que surgiram no decorrer do seu desenvolvimento.

As marcas do processo formativo dos docentes considerados mais empáticos, são reconhecidas por eles como existentes desde as fases iniciais da vida. A lembrança espontânea e de forma unânime pelos docentes que as relações iniciais com figuras parentais importantes são determinantes para o seu processo formativo, não foi contemplada como um pressuposto inicial específico, pois partiu-se do entendimento que isso era inerente ao desenvolvimento global do indivíduo e que seria desnecessário. Entretanto, a força das narrativas apontando, em alguns casos, como a principal fonte de influência na construção da identidade profissional, fez com que se tornasse imprescindível explicitar esse achado. Todos os docentes lembram da sua relação principalmente com a mãe, como sendo importante para a sua vida, para o seu jeito de ser. Da mesma forma que consideram que são essas relações iniciais que determinam as suas motivações e ações, configurando a importância delas para construção de uma identidade profissional mais empática. Isso encontra ressonância em todo o referencial teórico que sustenta esse estudo.

As vivências afetivas com antigos professores, médicos e preceptores foi se

estruturando naturalmente seguindo as fases da vida e da profissão, deixando marcas que, na fala dos docentes, indicam a existência de uma complexa conexão de lembranças, sentimentos, ações e repetições de aspectos dessas vivências. A intensidade dessas marcas ficou evidenciada na emoção expressa na narrativa desses docentes. Embora os achados não explicitem que aspectos dessas vivências foram importantes, a experiência subjetiva intensa resultante dessa relação indica uma imersão empática significativa na experiência subjetiva do outro, determinando, no caso de um dos sujeitos entrevistados, a escolha da mesma especialidade médica do professor identificado como modelo.

Experiências fora do ambiente institucional de formação, com médicos sem um vínculo formal com ensino, também são lembradas por alguns professores como importantes tanto para escolha profissional como para construção da identidade profissional. Esse achado remete ao fato de estar implícito no exercício da medicina uma conduta de orientação e até mesmo de ensino dos futuros profissionais, confirmando uma vocação histórica da profissão.

Com o reconhecimento que as pessoas influenciaram a sua formação, surgem os modelos de identificação profissional, nos quais várias características são percebidas, havendo uma constância que mesclou aspectos pessoais e profissionais, lembrados tanto em situações de assistência como de ensino. Fica implícito nos achados também, a necessidade de ter um modelo para se espelhar, sugerindo assim, que as experiências significativas com esses modelos identificatórios são internalizadas, povoando de representações o mundo interno do futuro docente, para mais tarde serem novamente projetadas para o seu mundo externo, nas relações que mantém com seus alunos e com seus pacientes na atualidade.

Os docentes entrevistados consideram que tem pouca repercussão o fato de terem sido formados em um modelo que privilegia a objetividade e serem convocados a exercer a docência num modelo de resgate da subjetividade. Prevalece a percepção sobre o fato que os aspectos subjetivos individuais transcendem qualquer modificação do enquadre profissional. Ficando implícito nas narrativas, o reconhecimento sobre os aspectos da personalidade do docente que foram se estruturando ao longo do seu processo formativo e que são eles que fundamentam as suas práticas. Assim como cada professor assume um direcionamento diferente para falar das suas percepções sobre essa situação. Dessa forma, acessar as percepções desses docentes sobre o momento atual do

curso de medicina e se interar de suas impressões, confirma os achados da literatura quanto à complexidade e multiplicidade de aspectos que precisam ser considerados em qualquer processo de mudança que seja efetivo.

Apesar de ter fugido, na apresentação e discussão dos achados, da separação das vivências entre positivas e negativas que marcaram o processo formativo desses docentes, fica explícito que independente da natureza dos sentimentos mobilizados em tais vivências, elas influenciaram a forma como o docente exerce suas funções. Um dos sujeitos da pesquisa percebe como favorável uma situação de isolamento vivenciada no período inicial da carreira docente, apesar da literatura apontar para a importância do indivíduo obter gratificações através das relações com seus pares, a fim de serem mobilizados os recursos emocionais necessários para assumir os compromissos e tolerar as adversidades. Um dos entendimentos possíveis para esse achado é que os sentimentos mobilizados pelo isolamento tenham sido os dinamizadores de um processo formativo mais humanizado, no sentido de ter uma proximidade maior com uma realidade fora dos muros da academia e menos influenciado pelos colegas imersos em um modelo essencialmente técnico-científico.

O pressuposto inicial referente ao fato que eventos de vida alheios a formação acadêmica dos docentes seriam determinantes para a forma como concebem a relação com os seus alunos e com seus pacientes, foi confirmado pelos sujeitos entrevistados. Mesmo não estando claramente explicitado, isso foi possível através de outros direcionamentos das narrativas, como: as concepções da relação triangular professor-aluno-paciente e as idéias de como se ensina a relação médico-paciente.

As concepções dos professores de como se estabelece a relação triangular entre professor-aluno-paciente, são concordantes nas suas falas, em alguns aspectos. Primeiro, a necessidade de exercer a docência e a atividade assistencial resultam num aumento de demanda emocional para o docente. Segundo, fica evidente uma concepção dissociada das duas funções. Terceiro, existe uma preocupação maior com os aspectos relacionais, quando o docente atende de forma conjunta com os alunos.

As concepções docentes de como se ensina a relação médico-paciente se organizam em dois enfoques. O primeiro, mais focado no professor, centralizando a aprendizagem na atividade de assistência, ou seja, ver o professor na relação com o

paciente, na qual o aluno fica numa posição (quase) de “espectador”. No segundo, há uma inclusão maior do aluno na relação ao mesmo tempo em que o docente demonstra uma atitude mais reflexiva, no sentido de buscar uma maior sensibilização do aluno, questionando-o, fazendo-o pensar sobre como se sentiria se estivesse no lugar do paciente. Isso pode ser entendido como uma repercussão no ensino da capacidade empática do professor.

Alguns dos sujeitos entrevistados reconhecem que a capacidade do aluno de se sensibilizar com o sofrimento humano varia, indicando uma concepção de que o que se pode aprender sobre relação médico-paciente é limitado e depende de aspectos individuais do aluno. Tais constatações geram, no docente, sentimentos de desesperança, frustração e decepção diante dessa realidade.

Nas narrativas dos docentes ficam evidentes dois grupos de atributos necessários para ser médico: um grupo constituído de características mais ligadas à dimensão cognitiva e outro voltado a características associadas às interações interpessoais, não ficando evidente uma valorização diferenciada entre elas.

Por tudo que foi lido, ouvido, discutido e vivenciado nesse processo de execução da pesquisa, permito-me afirmar que os sujeitos escolhidos são pessoas de grande sensibilidade e isso ficou evidente nas narrativas apresentadas para ilustrar os achados, corroborando a idéia inicial sobre a existência de marcas, algumas profundas, no processo formativo, desses docentes que os torna mais empáticos nas suas relações, refletindo no modo como eles concebem a formação de seus alunos e no modo como conduzem as suas relações com os seus pacientes.

A falta de tempo para travessia, talvez tenha obscurecido a percepção de muitos nuances do trajeto. A marcha acelerada do final impediu-me de uma compreensão mais aprofundada das narrativas, mas a idéia de que esse é apenas o início da travessia, consola-me e motiva-me para prosseguir.

Nessa perspectiva, cabe ressaltar o fato de não ter metodologicamente pensado em incluir, na fase qualitativa desse estudo, um grupo de docentes com menor grau de empatia. Isso provavelmente levaria a um entendimento maior do processo formativo e a tendência empática dos docentes do Curso de Medicina. Soma-se a isso, a possibilidade de um estudo aprofundado com a totalidade dos setenta e um docentes do Curso de Medicina abordando as diferenças de gênero, escolha da especialidade médica, a idade, tempo de docência universitária,

formação acadêmica, entre outras características, permitiria traçar um perfil desse docente e correlacionar com o seu escore na escala de tendência empática.

9. BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, A. **El mundo interior de los enseñantes**. Barcelona: GEDISA, 1987.

ABRAHAM, A. **El enseñante es también una persona; conflictos y tensiones en el trabajo docente**. Barcelona: GEDISA, 2000.

ARRUDA, P. C. V. Relação entre aluno, professores e pacientes. In: MILLAN, L. R; DE MARCO, O. L. N; ROSSI, E; ARRUDA, P. C. V. **O universo psicológico do futuro médico: vocações, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BACHA, M. S. C. N. O Mestre e Seus Feitiços. In: **Revista Educação Especial: Biblioteca do Professor**, n. 1, Segmento, 2006.

BATISTA, N. A.; SOUZA DA SILVA, S. H. **O Professor de Medicina**. São Paulo: Loyola, 1998.

BAUER M. W, GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2a ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BION, W. R. **Aprendendo com a experiência**. Rio de Janeiro: Imago, 1962.

_____. **Elementos em psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

BLAGONADHEZINA, L. .Las emociones y los sentimientos. In; SMIRNOV, A. et alii (editores). **Psicologia**. México:Grijalbo, 1984.

BOLOGNINI, S. Empathy and "empathism". **Internacional Journal Psychoanalise**. n. 78, p. 279-293, 1997.

CAIXETA, M. **Psicologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CATALDO NETO, A. **Estudante de medicina: perfil, atitudes e tendência empática**. 1998. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1998.

_____. **Psiquiatria para o estudante de medicina**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DA ROCHA BARROS, EM & DA ROCHA BARROS, EL. Significado de Melanie Klein. In: **Revista Viver Mente & Cérebro**: Coleção Memória da Psicanálise, Duetto Editorial, n. 3, 2006.

DE MARCO, M. A. **A Face Humana da Medicina: Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DAVIS, M. H. Measuring individual differences em ampathy: Evidence for a

multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, n. 44, p. 113-126, 1983.

DWYER, G. C. ; PASTRANA, R. M. S. Relação entre serviço/ensino e a ética médica. **Revista brasileira de Educação Médica**, n. 24, p. 51-56, 2002.

EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F. ; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

_____. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FEUERWERKER, L. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica – Processos e Resultados**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

FOREST-STREIT, U. Differences in empathy: a preliminary analysis. **Journal Medical Education**. n. 57, p. 65-67, 1982.

FREUD, S. **Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, (sem data)

GABBARD, G.O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2a Ed. Porto Alegre, Artmed, 1998.

_____. **Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica**. 4a Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIL, A. C. **Didática do ensino superior**. São paulo: ed. Atlas, 2006.

GREENBERG, J. R. & MITCHELL, S. A. **Relações Objetais na Teoria Psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 1994

HALES, R. E. & YUDOFKY, S. C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**, 4a Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HARSCH, H. H. The role of empathy in medical student's choice of specialty. **Academic Psychiatry**. n. 13, p. 93-98, 1989.

HATCHER, S. L. ; NADEAU, M. S. ; REYNOLD, M. ; GALES, J.; MARZ, K. The teaching of empathy for high school and college students: Testing Rogerian Methods with the Interpersonal Reactivity Index. **Adolescence**. n. 29, 1994: 961-974.

HELLER, A. **Teoria de los Sentimientos**. 2a Ed. Barcelona: Fontanara, 1982.

HOJAT, M. et al. Gender comparisons of young physician' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College Graduates. **Academical Medicine**. n. 70, p. 305-312, 1995.

_____. Physicians' perceptions of changing health care system:

comparisons by gender and specialties. **Journal Community Health**, n. 25, p. 455-477, 2000.

_____. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. In: **American Journal Psychiatry**, n. 159, p. 163-159, 2002.

IMBERNÓN, F. **Formação docente e profissional: Formar-se para mudança e incerteza**. 2 a. São Paulo, 2001.

ISAIA, S. M. de A. Os sentimentos como dinamizadores da prática pedagógica universitária: sua relação com a produção e a docência. **CAESURA**. n. 8 , jan/jul.1996 Canoas .

_____. A teoria sociocultural de Vygatski: um esboço inicial. **Cadernos de Ensino Pesquisa e Extensão**. Centro de Educação. UFSM, n. 01, 1999.

_____. Formação do professor do ensino superior: tramas na tessitura. In: Morosini MC (org). **Enciclopédia de pedagogia universitária**. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003.

_____. **O professor do ensino superior: no entrelaçamento da trajetória pessoal e profissional**. I Seminário Internacional: Pessoa Adulta, Saúde e Educação. PUCRS, 2005.

_____. Formação Docente e Educação Superior In: MOROSINI, M (org.) **Enciclopédia de Pedagogia Universitária – Glossário**, V. II. Brasília, INEP, no prelo.

JACKSON, S. W. The listening healer in the history of psychological healing. In: **American Journal of Psychiatry**, n.149, p. 1623-1632, 1992.

_____.An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**, n. 38, 934-941, 2004

KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945) – volume I das obras completas da Melaine Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

KOMATSU, R. S. Educação médica: Responsabilidade de quem? Em busca dos sujeitos da educação do novo século. In: **Revista da Associação Brasileira de Ensino Médico**. Rio de janeiro, v.26, n.1, jan.-abril/2002.

LAJONQUIÈRE, L. Educação, Religião e Cientificismo. In: **Revista Educação Especial: Biblioteca do Professor**, ed. Segmento, n. 1, 2006.

LYONS, A.S.; PETRUCELLI, R.J. **História da Medicina**. São Paulo: ed. Manole, 1997.

MAGEE, M. ; HOJAT, M. personality profiles of male and female positive role models in medicine. **Psychological Reports**, n. 82, p. 547-559, 1998.

MARCELO-GARCIA, C. **Formación del professorado para el cambio educativo.** Barcelona: EUB, 1999.

MARINS, J. J. N: **A formação médica e o processo de trabalho** – convite à construção de novas propostas. In: Revista Brasileira de Ensino Médico, n. 1, p. 3-4, 2003.

MELTZER, D. La ampliación de la metapsicología de Freud realizada por Klein e Bion. In: **Vida Onírica: Una revisión de la teoría y de la técnica psicoanalítica.** Madrid: Tecnopublicaciones, 1987.

MEHRABIAN, A.; EPSTEIN, N. A. A measure of emotion empathy. **Journal Personality.** n.20, p. 525-543, 1972.

MORAES, R. Uma experiência de pesquisa coletiva: Introdução à análise de conteúdo. in: GRILLO, M. C. ; MEDEIROS, M. F. **A construção do conhecimento e sua mediação pedagógica.** Porto Alegre: EDPUCRS, 1998.

NEWTON, B. W.; SAVIDGE, M. A.; CLEVELAND, E.; CLARDY, J.; HART, T. Differences in medical students' empathy. In: **Academic Medical,** n.75, p. 12-15, 2000.

OLIVEIRA, V.F.. Professores universitários: saberes acadêmicos e demandas profissionais. In : MOROSIN, M. C. (org). **Enciclopédia de pedagogia universitária.** Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógica.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

PERSON, E. S; COOPER, A. M.; GABBARD, G. O. **Compêndio de Psicanálise.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

PONTES, A. L.; REGO, S.; GOMES DA SILVA JR, A. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **REVISTA BRASILEIRA DE ENSINO MÉDICO,** Rio de Janeiro, v.30, n. 2, p.67-75, 2006.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO – CURSO DE MEDICINA. Centro de ciências da saúde, UFSM, 2003.

ROSENBERG, D. A.; SILVER, H. K. Medical student abuse: an unnecessary and preventable cause of stress. **Jama,** n. 251, p.739-742, 1984.

SACRISTAN, J. G.; PÉREZ GÓMEZ, A. I. **Compreender e transformar o ensino.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SILVA, G. E.G. A educação médica e o sistema de saúde. In: **Revista Brasileira de Ensino médico** n. 26: 125-127, 2002.

SOUZA, A. S. L. Dois vértices emocionais. In: : **Revista Viver Mente & Cérebro**: Coleção Memória da Psicanálise, n 3, Duetto Editorial, 2006.

TAMOZAUSKAS, M. R. G. De médico especialistas professor de medicina: a construção dos saberes docentes. **Dissertação de Mestrado** - Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Educação e Letras, Curso de Pós-Graduação em Educação, 2005. Disponível em: <<http://abem.educmed.org.br>>. Acesso em 28 de abril de 2006.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

URTIAGA, M. E. O. **A Mediação da Cultura Docente na Formação Médica**. Pelotas, Editora e Gráfica da UFPel, 2004.

VENTURINI, J. ; FIORINO, V. M. L. Programas Educacionais Inovadores em Escolas Médicas: Capacitação Docente. In: **Revista Brasileira de Ensino Médico**, vol 25, nº 3, 2001.

WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZABALZA, M. A. **O ensino Universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos**: Teoria, Técnica e Clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____ **Bion: da teoria à prática**. 2a. Porto Alegre: artmed, 2004.

ZINN, W. Empathy physician In: **Archives Internal Medicine** 1993; 153: 306-312.

Anexo 1 – Carta de Apresentação

Prezado(a) Colega:

Sou mestranda do programa de pós-graduação em Educação da UFSM, orientanda da Professora Doutora Sílvia Maria de Aguiar Isaia. Minha dissertação enfocará a tendência empática no professor médico da nossa universidade e consistirá, inicialmente, na aplicação de um questionário que, transformado em escala, mede esta tendência. Gostaria de contar com a sua contribuição que consistirá em responder este questionário quando for procurado por alguns alunos do curso de medicina que são meus monitores de pesquisa. Gostaria de destacar alguns pontos:

1. O tempo necessário para preencher o questionário (constituído de questões objetivas) é de, no máximo, dez minutos.
2. A confidencialidade dos escores da escala está garantido já que a escala está codificada e apenas eu tenho acesso a esta codificação bem como às instruções de pontuação da escala.
3. Havendo interesse ou curiosidade pessoal em saber o seu escore, entre em contato comigo e, após o tratamento dos dados, comprometo-me a dar-lhe um retorno.
4. Junto com o questionário os monitores apresentarão a você um termo de consentimento informado onde estas mesmas orientações estarão expressas. Caso você não queira participar, informe isto aos monitores no momento em que eles o procurarem. Sua participação (ou não-participação) é voluntária.

Coloco-me à sua inteira disposição para dirimir eventuais dúvidas nos telefones abaixo ou por este endereço eletrônico. Desde já agradeço.

Márcia Regina Vieira
Médica Psiquiatra

Anexo 2 – Instrumento utilizado no estudo

INSTRUMENTO DE MEDIDA DE TENDÊNCIA EMPÁTICA

Para responder às questões propostas utilize a seguinte chave de respostas, de acordo com a sua opinião.

- a) **Concordo totalmente**
- b) **Concordo fortemente**
- c) **Concordo**
- d) **Concordo levemente**
- e) **Neutro (não concordo nem discordo)**
- f) **Discordo levemente**
- g) **Discordo**
- h) **Discordo fortemente**
- i) **Discordo totalmente**

1	Entristece-me perceber um estranho solitário num grupo	a	b	c	d	e	f	g	h	i
2	As pessoas tiram conclusões demais a respeito da sensibilidade dos animais	a	b	c	d	e	f	g	h	i
3	Freqüentemente acho desagradáveis as demonstrações públicas de afeto	a	b	c	d	e	f	g	h	i
4	Incomodam-me as pessoas que se sentem tristes, com pena delas próprias	a	b	c	d	e	f	g	h	i
5	Eu fico nervoso(a) se percebo que as pessoas à minha volta estão nervosas	a	b	c	d	e	f	g	h	i
6	Eu acho uma bobagem as pessoas chorarem de felicidade	a	b	c	d	e	f	g	h	i
7	Eu tendo a me envolver emocionalmente com os problemas de um amigo	a	b	c	d	e	f	g	h	i
8	Às vezes as palavras de uma música romântica me tocam profundamente	a	b	c	d	e	f	g	h	i
9	Eu tendo a me emocionar quando estou comunicando más-notícias às pessoas	a	b	c	d	e	f	g	h	i
10	As pessoas ao meu redor têm influência no meu humor	a	b	c	d	e	f	g	h	i
11	A maioria dos estrangeiros que conheci me pareceu frio e sem emoções	a	b	c	d	e	f	g	h	i
12	Eu preferiria trabalhar na assistência social do que num centro de formação técnica	a	b	c	d	e	f	g	h	i
13	Eu não me incomodo só porque um amigo está triste	a	b	c	d	e	f	g	h	i
14	Eu gosto de ver as pessoas abrindo presentes	a	b	c	d	e	f	g	h	i
15	Pessoas solitárias são provavelmente pouco amistosas	a	b	c	d	e	f	g	h	i
16	Perturba-me ver pessoas chorando	a	b	c	d	e	f	g	h	i
17	Algumas músicas me deixam feliz	a	b	c	d	e	f	g	h	i
18	Eu realmente me envolvo com os sentimentos dos personagens de um romance	a	b	c	d	e	f	g	h	i
19	Eu fico muito irritado quando vejo alguém ser maltratado	a	b	c	d	e	f	g	h	i
20	Eu consigo ficar calmo mesmo quando os que estão à minha volta estão preocupados	a	b	c	d	e	f	g	h	i
21	Quando um amigo começa a falar de seus problemas eu tendo a desviar a conversa para outros assuntos	a	b	c	d	e	f	g	h	i
22	A risada de outro não me contagia	a	b	c	d	e	f	g	h	i
23	Às vezes, no cinema, eu me divirto com choros e	a	b	c	d	e	f	g	h	i

	soluços ao meu redor									
24	Sou capaz de tomar decisões sem ser influenciado pelos sentimentos dos outros	a	b	c	d	e	f	g	h	i
25	Não continuo me sentindo bem se as pessoas ao meu redor estão deprimidas	a	b	c	d	e	f	g	h	i
26	É difícil para eu entender porque certas coisas afetam tanto as pessoas	a	b	c	d	e	f	g	h	i
27	Fico muito perturbado quando vejo um animal sofrendo	a	b	c	d	e	f	g	h	i
28	É bobagem sentir-se envolvido com um livro ou filme	a	b	c	d	e	f	g	h	i
29	Fico chateado em ver idosos desamparados	a	b	c	d	e	f	g	h	i
30	Eu fico mais irritado do que solidário quando vejo as lágrimas de alguém	a	b	c	d	e	f	g	h	i
31	Eu fico muito envolvido quando vejo um filme	a	b	c	d	e	f	g	h	i
32	Normalmente acho que posso me manter calmo apesar da agitação ao meu redor	a	b	c	d	e	f	g	h	i
33	Crianças pequenas algumas vezes choram sem nenhuma razão aparente	a	b	c	d	e	f	g	h	i

Anexo 3 – Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: MARCAS DO PROCESSO FORMATIVO E TENDÊNCIA EMPÁTICA DO PROFESSOR
MÉDICO

PESQUISADORA: MÁRCIA REGINA VIEIRA

Esta pesquisa pretende, numa fase inicial, quantitativa, verificar a tendência empática dos professores médicos do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Maria a fim de identificar um grupo com os maiores escores na Escala de Tendência Empática e, assim, selecionar os sujeitos para a segunda fase do estudo. Nesta, através de uma entrevista narrativa, buscar-se-á as marcas do processo formativo deste docente que possam ter contribuído para sua atitude mais empática, tanto frente ao aluno, quanto frente ao paciente.

O anonimato dos participantes está garantido já que a escala está codificada e apenas a pesquisadora tem acesso aos códigos e as instruções de pontuação da escala. Os sujeitos selecionados para as entrevistas não terão os seus nomes mencionados e suas falas não serão publicadas na íntegra; apenas algumas citações poderão ser utilizadas na redação final, sem que seus autores venham a ser identificados.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora para obtenção do título de Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação da Profa. Dra. Silvia Maria de Aguiar Isaia.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei recusar-me a responder a qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Santa Maria, janeiro de 2007.